

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & DE PHARMACIE
DE LYON

Année 1968 - N°

114

TITRE DE LA THESE

Délinquants internés après non-lieu
au titre de l'article 64 du code pénal

THESE

présentée

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de LYON

et soutenue publiquement le 26 Juin 1968

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

CHALABREYSSE Michel

né le 31 Mai 1941

à AUBENAS (Ardèche)

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & DE PHARMACIE
DE LYON

Année 1968 - N°

TITRE DE LA THESE

**Délinquants internés après non-lieu
au titre de l'article 64 du code pénal**

THESE
présentée

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de LYON

et soutenue publiquement le 26 Juin 1968
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

CHALABREYSSE Michel

né le 31 Mai 1941

à AUBENAS (Ardèche)



FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMARCIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen Honoraire :

M. H. HERMANN - Correspondant de l'Institut

Doyen :

M. J.F. CIER

Assesseurs :

M. M. LEVRAT

M. J. DORCHE

Conseiller Administratif :

M. H. PRUVOST

Professeurs Honoraires

M.M. TRILLAT - GARIN - GATE - SANTY - DUCLOS -
GUILLEMINET - HERMANN - ROCHET - POLLOSSON - ENSELME -
WERTHEIMER - SARROUY - BANSSILLON - DECHAUME - LACROIX

Professeurs

M.M. J. CIBERT	Clinique urologique
P. PONTUS	Physique biologique (détaché à BEYROUTH)
M. CHAMBON	Chimie organique et toxicologie
F. PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
R. FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio- vasculaires
P. CROIZAT	Clinique médicale C
P. MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
L. REVOL	Pharmacie galénique
H. PIGEAUD	Clinique obstétricale
J. BOURRET	Médecine du Travail
M. LEVRAT	Clinique médicale A
R. SOHIER	Bactériologie-Virologie-Immunologie
G. NETIEN	Botanique et Cryptogamie
P. BERTRAND	Clinique chirurgicale C
A. BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
B. DREVON	Pharmacie chimique et Pharmacologie

MM.	L. ROCHE	Médecine légale et Déontologie
	J. COUDERT	Parasitologie et Pathologie exotique
	P. MOUNIER KUHNS	Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie et d'Audiophonologie
	L. PAUFIQUE	Clinique Ophtalmologique
	H. THIERS	Clinique de Dermatologie, Syphiligraphie et Allergologie
	J. BRUN	Clinique de Pneumophtisiologie
	J. CREYSSEL	Clinique chirurgicale Orthopédique et traumatologique
	M. DARGENT	Clinique carcinologique
	M. BERGER (I)	Physique nucléaire appliquée à la Médecine
	A. GUICHARD	Anatomie Pathologique
	P. GIRARD	Clinique Neuro-Psychiatrique et d'Hygiène mentale
	M. GIRARD	Clinique médicale D
	M. LATARJET	Anatomie
	R. PEYCELON	Clinique chirurgicale B
	A. VACHON	Pathologie Médicale
	P. GALY	Physio-Pathologie des voies respiratoires
	J. PAPILLON	Radiologie
	M. JEUNE	Clinique médicale Infantile et Hygiène du Premier Age
	A. GONIN	Thérapeutique
	P. MONNET	Clinique médicale et Infantile B
	J. CHATONNET	Physiologie B
	P. GUINET	Clinique Endocrinologique
	H. COLLET (I)	Chimie générale et Pharmaceutique
	A. TRILLAT	Clinique de Chirurgie Orthopédique
	Ch. FREIDEL	Clinique Stomatologique
	J. MARION	Clinique de Chirurgie et d'Orthopédie Infantiles
	J. DORCHE	Matière Médicale et Législation Pharmaceutique
	L. MANSUY	Neurochirurgie
	L. REVOL (I)	Hématologie
	J. LECUIRE (I)	Neurochirurgie
	H. LIARAS (I)	Clinique chirurgicale propédeutique
	L. PERROT	Chimie
	J.F. CIER	Physiologie A
	J. PERRIN	Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie Opératoire
	P. GOINARD (I)	Clinique thérapeutique chirurgicale et Chirurgie expérimentale
	P. MICHAUD	Clinique de Chirurgie Cardiaque
	M. PONT (I)	Sémiologie Médicale

MM. J. TRAEGER	Clinique de Néphrologie et maladies métaboliques
J. MATHIEU	Clinique Gynécologique
M. FAUCON	Biologie Médicale et Pharmacodynamie
A. BERTOYE	Clinique des Maladies Infectieuses
G. VIGNON	Hydrologie Thérapeutique, Climatologie et Ecologie sociale
D. VINCENT	Biochimie appliquée
A. CIER	Pharmacodynamie
L. COLOBERT	Chimie Biologique et Médicale
P. MAGNIN	Physiologie et Pathologie obstétrici- cales
J. THIVOLET	Hygiène et action Sanitaire et sociale
M. PLAUCHU (I)	Séméiologie et Médecine Générale
J. FRANCILLON	Séméiologie chirurgicale
C. GIROD	Histologie et Embryologie
R. MALLEIN (I)	Chimie analytique
C. DESPIERRES (I)	Médecine Générale
M. JOUVET	Pathologie Générale et Expérimentale
X.....	Pathologie Chirurgicale

(I) Professeur à titre personnel.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. E. ROMAN	Parasitologie
J. FEROLDI	Anatomie Pathologique
R. MORET	Physique biologique
L. ODDOUX	Botanique et Cryptogamie
J.P. GARIN	Parasitologie
F. TOLOT	Médecine du travail
E. PINET	Electro-Radiologie
D. COLOMB	Dermatologie
R. FRANCOIS	Pédiatrie
M. COLIN	Médecine Légale
F. LARBRE	Pédiatrie
J. GRAS	Chimie biologique
R. MORNEX	Médecine Générale
J.O. PEYRIN	Physique Biologique

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

MM. R. CREYSSSEL	Chimie biologique
J. GUYOTAT	Neuro-Psychiatrie
J. DESCOTES	Chirurgie générale
M. TOMMASI	Anatomie pathologique
P. BUFFARD	Electro - Radiologie

MM. LEJEUNE	Médecine générale et thérapeutique
E. de MOURGUES	Stomatologie
H. NAUSSAC	Maladies infectieuses
J. REBOUILLAT	Chirurgie générale
G. ROMAGNY	Pédiatrie
J.P. DELAHAYE	Médecine Générale
R. DELEUZE	Anesthésiologie
M. GIRAUD	Electro-radiologie diagnostic et thérapeutique
A. MICHEL	Anesthésiologie
R. LAMBERT	Médecine Générale
D. FRIES	Médecine Générale
R. GILLY	Pédiatrie
J. ROBERT	Médecine Générale
A. BOUCHET	Anatomie
M. BETHENOD	Pédiatrie
D. GERMAIN	Immunologie, sérologie, hématologie
J.C. KALB	Pneumo-phtisiologie
J. SOUSTELLE	Chirurgie générale
J.J. VIALA	Médecine Générale
P. VINCENT	Bactériologie, Parasitologie, Virologie
J.A. BERTRAND	Chimie biologique
G. MARET	Chirurgie générale
J. VIALIER-RAYNARD	Bactériologie
L.C. CHOLLAT	Electro-radiologie
J. FLEURETTE	Bactériologie
R. FLANDROIS	Physiologie
P. MOREL	Hématologie
H. TORMET	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
A. FREIDERICH	Pharmacologie
M. DAUDET	Chirurgie infantile
J. BRUNE	Médecine générale et Thérapeutique
R. LOMBARD PLATET	Chirurgie générale
M. BOUVIER	Rhumatologie
F. FREYCON	Pédiatrie
C. LAPRAS	Neuro-Chirurgie
M. PELLET	Physiologie
J. DUQUESNEL	Electro-Radiologie
H. DEJOUR	Orthopédie- Traumatologie
G. MOULIN	Dermato-Vénérologie
M. PERRIN FAYOLLE	Pneumo-Phtisiologie
P. PALIARD	Médecine générale et thérapeutique
A. MORGON	Oto-rhino-laryngologie
M. PAUPERT RAVAUT	Ophthalmologie
J. MOTIN	Anesthésiologie
J. PASQUIER	Médecine générale et Thérapeutique
J.L. VAUZELLE	Anatomie pathologique
J.C. CZYBA	Histologie et Embryologie

MM. CABANAC	Physiologie
R. TOURAINE	Pneumo-ptisiologie
A. BEL	Médecine générale et thérapeutique
F. CHARVET	Gynécologie - Obstétrique
M. MAYER	Cancérologie
G. BRAILLON	Anatomie et chirurgie générale
H. VILLIERS	Chirurgie Générale
P. LOUISOT	Chimie biologique et Chimie des Explorations fonctionnelles
J. BOURJON	Neuro-Psychiatrie
J. LAIR	Stomatologie
Mme A. PINET	Electro-Radiologie
B. SCHOTT	Neuro-Psychiatrie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

MM. J. FAVRE GILLY	Hématologie
G. RIFFAT	Hygiène
M. ROLLET	Pharmacie Galénique
C. BIZOLLON	Physique

AGREGES EN EXERCICE

MM. A. NOTTER	Gynécologie Obstétricale
M. DUMONT	Obstétrique
M. DEVIC	Médecine Générale
R. HUGONNIER	Ophthalmologie
G. ALLEGRE	Neuro-Chirurgie
A. GARDE	Médecine générale
R. FAYSSE	Orthopédie
J. GAILLARD	Oto-Rhino-Laryngologie
A. PERRIN	Médecine Générale
J. NORMAND	Médecine Générale
A. MOUNIER KUHN	Chirurgie générale
J. L. CHASSARD	Electro - Radiologie
R. GARMIER	Obstétrique
P. DUMAS	Stomatologie
J. SCHNEPP	Orthopédie
G. NOEL	Médecine Générale

Examineurs de la Thèse

- Président : M. Le Professeur P. GIRARD
- Assesseurs : MM. les Professeurs L. REVOL
M. COLIN
J. GUYOTAT

A MA FEMME.

A MON FILS PHILIPPE.

A MA FAMILLE.

A TOUS MES AMIS.

A notre président de Thèse

Monsieur Le professeur Paul GIRARD

Professeur de clinique neuro-psychiatrique et
d'Hygiène mentale.

Il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre jury. Qu'il trouve ici l'assurance de notre très respectueuse gratitude.

Aux membres de notre jury.

Monsieur le Professeur L. REVOL.

Monsieur Le Professeur M. COLIN.

Monsieur Le Professeur J. GUYOTAT.

Nous les remercions d'avoir bien voulu juger
ce travail.

Nous leur exprimons notre gratitude pour la
sympathie qu'ils ont manifestée à notre égard.

A Monsieur Le Docteur BERTHIER
Médecin Chef à l'Hôpital du VINATIER.

Il nous a accueilli à notre arrivée à l'Hôpital du
VINATIER, et nous a prodigué de nombreux enseignements.
Nous l'en remercions.

A Monsieur Le Docteur BROUSSOLLE
Médecin Chef à l'Hôpital du VINATIER.

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse. Il nous a
permis de découvrir le monde pénitentiaire. Nous lui
témoignons notre gratitude pour tout ce qu'il nous a
appris.

A Monsieur Le Docteur BECACHE
Médecin Chef à l'Hôpital du VINATIER.

Nous avons été son interne pendant un an, et avons
toujours été sensible à la cordialité de son accueil.
En nous permettant de participer activement au fonc-
tionnement de son service, il nous fit prendre conscien-
ce de notre responsabilité médicale. Nous l'en remer-
cions.

A Monsieur Le Docteur BEAUJARD
Médecin-Chef à l'Hôpital du VINATIER.

Interne dans son service, nous rendons hommage à ses grandes qualités humaines et intellectuelles. Nous apprécions beaucoup la liberté que nous avons trouvée dans son service. Nous lui en sommes profondément reconnaissant.

Aux médecins chefs de L'Hôpital du VINATIER

Monsieur Le docteur ACHAINTRE
Monsieur Le docteur BALVET
Monsieur Le docteur GRAMBERT
Monsieur Le docteur PERRIN
Monsieur Le docteur REQUET.

Aux médecins Assistants de L'Hôpital.

A Mes camarades de l'Internat

Au personnel de l'Hôpital

Aux Malades

I N T R O D U C T I O N

Nous abordons l'étude d'un groupe de vingt six malades mentaux délinquants de sexe masculin qui ont bénéficié d'un non-lieu au titre de l'article 64 du Code Pénal et pour lesquels l'expertise psychiatrique a conclu à la nécessité d'une hospitalisation en milieu psychiatrique sous forme de placement d'office conformément à la loi de 1838. Les malades ont tous été hospitalisés dans le même service. Nous n'envisagerons pas le cas des prévenus ou des condamnés hospitalisés pour un épisode psychiatrique apparu pendant la détention et qui ensuite réintègrent la prison pour y purger leur peine.

Nous aurions pu être tenté par un choix limité aux cas sensationnels, mais alors notre étude n'aurait pas été du tout significative. Nous ne les avons pas connus au moment de l'hospitalisation qui s'est faite pour la grande majorité entre 1960 et 1963. Nous avons pu rencontrer certains d'entre eux à l'hôpital psychiatrique après plusieurs années de séjour, ou lors de séjours ultérieurs et avons eu nos informations, du personnel de l'hôpital psychiatrique, des rapports écrits consignés dans leur dossier médical, l'expertise et des renseignements recueillis à l'annexe psychiatrique de la Maison d'Arrêt pour ceux qui y ont séjourné.

Dans le premier chapitre à travers une étude clinique et médico-légale, nous nous efforcerons de répondre à la question : "Pourquoi ont-ils bénéficié d'un non-lieu ?".

Nous présenterons ensuite des observations types.

Dans un troisième chapitre, nous parlerons des problèmes posés par leur présence dans un service de l'Hôpital psychiatrique.

Dans la dernière partie, nous aborderons le problème de la sortie et du devenir de ces vingt six malades.

C H A P I T R E I

ETUDE CLINIQUE ET MEDICO-LEGALE.

LES RAISONS DU NON-LIEU.

Nous allons d'abord présenter ces vingt six malades par une étude clinique et médico-légale, afin d'essayer de donner ensuite le motif du non-lieu. Toutefois, ce chiffre de vingt six apparaît comme très insuffisant pour entreprendre une Etude statistique, d'autant qu'il s'agit d'une population très particulière.

I- ETUDE CLINIQUE ET MEDICO-LEGALE.

Nous l'avons divisée en trois parties :

- le diagnostic psychiatrique
- étude médico-légale
- antécédents, aperçu biographique.

A- LE DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE.

Tous nos sujets ont été considérés comme en état de démence au sens de l'article 64, du code pénal.

"Il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister".

Nous tâcherons de voir ce que recouvre cette étiquette de démence. Le diagnostic psychiatrique posé par l'expert qui constitue la justification psychiatrique du non-lieu est résumé dans le tableau de la page suivante.

1^{er}- PSYCHOSES - 16 Cas

- SCHIZOPHRENIE
10 Cas
 - Schizophrénie forme hébéphrénique (2 cas)
 - Schizophrénie paranoïde (4 Cas)
 - Héboïdophrénie (1 Cas)
 - Schizophrénie gréffée sur débilité (1 Cas)
 - Syndrome schizophrénique avec impulsions (2 Cas)
- PSYCHOSES PARANOIAQUES (5 Cas)
- ACCES MANIAQUE (1 Cas)

2^{er}-DESEQUILIBRES MENTAUX - 5 Cas

fond de débilité chez deux malades.

3^{er}-DEBILITE - 2 Cas

- profonde chez un malade
- débilité moyenne chez l'autre.

4^{er}-NEVROSES - 2 Cas

- pédophilie obsessionnelle (1 Cas)
- syndrome dépressif névrotique (1 Cas)

5^{er}-EPILEPSIE

avec troubles graves du comportement
(1 Cas)

Ceci nous permet déjà de constater que le terme de démence au sens médico-légal n'a pas la même signification qu'au sens psychiatrique. Il dépasse les états d'affaiblissement intellectuel, d'arriération mentale, englobe les psychoses pour s'étendre même au déséquilibre mental et à la névrose. Dans ces cas là l'expert donnera souvent des justifications en dehors de l'anomalie mentale qui lui font

invoquer l'article 64.

Parmi les malades psychotiques, deux schizophrènes anciens ont bénéficié du non-lieu, ces malades étaient en rémission. L'accord sur le diagnostic entre médecin expert et médecin traitant est à peu près général. Il faut dire que la majorité de ces malades a un passé psychiatrique chargé et que l'expert peut alors s'aider des observations d'autres collègues.

Dans le cas de découverte d'affections psychiatriques, au moment de l'expertise, c'est surtout l'observation du malade après le délit qui permet de soulever l'hypothèse de l'existence d'anomalies mentales au moment des faits.

Observation M.... syndrome discordant avec impulsions. Tentative d'Homicide. M... va rester sept mois en observation à l'annexe psychiatrique de la Maison d'arrêt avant d'être interné après non-lieu. Il va commettre à la prison une agression "impulsive et brutale" envers un surveillant - infirmier.

Dans le cas de S.. DEN A.. inculpé de violences volontaires, l'expert conclut à un délire qui "nécessite de pousser l'examen psychiatrique" et à un état de démence au sens de l'article 64. Dans le service S.. DEN A.. ne présente pas de troubles mentaux, il pourra sortir après deux mois de séjour et que l'on ait découvert un ulcère de l'estomac.

B- ETUDE MEDICO-LEGALE

I^{er}- Les Infractions.

Nous les avons classées en infractions envers les autorités, les biens , les personnes et attentats sexuels.

ATTENTATS SEXUELS (5 Cas)

- Exhibitionnisme (2 Cas)
- Pedophilie (1 Cas)
- Mauvais traitements à enfants (2 Cas) qui consistaient en attouchements des organes génitaux.

INFRACTIONS envers les biens (9 Cas)

- Escroquerie (2 Cas)
- Vols (5 Cas)
- Incendie volontaire (1 Cas)
- Empoisonnement d'animaux (1 Cas)

INFRACTIONS envers les autorités (5 Cas)

- Vagabondage (2 Cas)
- Rebellion, outrages à agents de la force publique (3 Cas)

ATTENTATS contre les personnes (7 Cas)

- Violences (3 Cas)
- Coups et blessures volontaires (2 Cas)
- Tentative d'Homicide (1 Cas)
- Homicide (1 Cas)

Dans six cas, il s'agit d'inculpations multiples, nous parlerons de délits complexes :

Ainsi, inculpation de vols, et vagabondage,
de vagabondage et faux papiers,
de tentative d'homicide et port d'arme prohibée
etc...

Dans trois cas seulement, les délits sont commis à plusieurs ou en bande. Il s'agit de malades étiquetés "déséquilibrés mentaux". Il est bien sûr parfois difficile de savoir s'il y a eu des coauteurs ou des complices, mais ici il semble bien établi que les malades aient agi seuls dans la majorité des cas (sauf une observation avec délire à deux).

Il faut parler aussi du lieu du délit, dans quatre observations, les faits se sont passés dans l'artère centrale de la ville.

2°-Les victimes

Il est certain que la personnalité des victimes peut éclairer l'acte antisocial.

Dans quatorze cas la victime est bien connue du délinquant, ce sera un membre de sa famille (2 observations) ou bien un voisin (5 observations) ou encore un agent de l'administration pénitentiaire. Il existe des rapports de parenté ou des liens affectifs, par exemple sur le mode persécuté-persécuteur chez les paranoïaques.

Dans d'autres cas, la victime aura une forte représentation symbolique (agents de la force publique, militaire).

Dans quatre cas seulement, la victime est inconnue à l'auteur de l'infraction.

Nous pouvons remarquer que les "déséquilibrés" sont dans nos observations les auteurs de vols et de délits envers les autorités, ils sont multirécidivistes.

Les auteurs d'attentats envers les personnes sont dans six cas sur sept d'origine Nord-africaine. Nous ne voudrions pas en tirer de conclusion hâtive connaissant le contexte politique au moment des faits.

Les deux malades inculpés de vagabondage, se sont clochardisés à leur sortie de l'Hôpital psychiatrique. L'expert écrit que l'un "depuis sa sortie de l'Hôpital psychiatrique, clochardisé, vit sur les quais, couche dans les camions", pour l'autre, "dès qu'il sort de l'Hôpital psychiatrique, il est arrêté pour vagabondage". Ainsi, comme le vagabondage est parfois le refuge du délinquant, il est parfois le refuge du malade mental (Thèse MIDENET où sur 180 malades hospitalisés 4 vivent après leur sortie dans une situation parasitaire : clochards, détenus en prison).

3^e- Les prémices du délit :

Nous citerons les rapports d'expertise :

- Observation M... psychose paranoïaque, coups et blessures volontaires. "Un mois avant le drame, il se rend à la P.J. Rue Vauban, où on l'éconduit poliment, en lui promettant de s'occuper de son affaire".
- Observation R... psychose paranoïaque, exhibitionnisme. "A une date récente, son comportement avait attiré l'attention de la police. Il adressait des plaintes, et des réclamations, avait sollicité un porte d'arme, s'était plaint d'avoir été agressé".
- Observation C... schizophrénie paranoïde, vol. " J'ai porté plainte à la gendarmerie, on m'a ri au nez". On l'aurait traité de "dingue", ainsi que sa mère, alors "j'ai décidé de les voler, comme ils m'avaient volé".

A côté de ces actions dirigées vers la justice, le malade va voir de nombreux médecins, il est souvent en congé maladie au moment des faits.

On peut le rapprocher de statistiques, où l'on considérerait que 70 % auraient pu être internés avant d'avoir commis des actes antisociaux. C'est peut être ce qui pouvait

faire dire à un médecin, au lendemain d'un crime commis par un malade "tout le monde, au village, savait que cela aurait lieu".

Il semble donc que dans certains cas la prévention aurait été possible et que des mesures préventives d'internement seraient souhaitables.

4^e- Primaires et récidivistes :

- Treize sont délinquants primaires (50%),
- Treize sont délinquants récidivistes, dont huit multirécidivistes. Cinq ont eu un ou plusieurs non-lieux. On retrouve là, ce qui faisait écrire à VIGOUROUX en 1907 "considérés tour à tour comme responsables ou irresponsables selon que les psychiatres agissent comme experts ou chefs de service".

Nous notons qu'il y a en quelque sorte une permanence dans le type de l'infraction ou dans le choix de la victime.

Ainsi Observation P... débile, incendie volontaire. Incendie l'habitation d'un voisin, empoisonne les animaux de ce même voisin 5 ans plus tard ; Ou bien observation d'un pédophile obsessionnel, ou encore cas d'un psychotique qui inculpé pour le viol de sa fille est inculpé un an plus tard de violences envers sa famille etc...

C- ANTECEDENTS-APERCU BIOGRAPHIQUE -

1^e- L'âge au moment des faits :

- 18 à 21 Ans : 4 Cas,
 - 22 à 30 Ans : 10 Cas,
 - 31 à 42 Ans : 12 Cas,
- le plus âgé a 42 Ans.

La moyenne d'âge est de 30 Ans, elle se situe autour de 20 Ans pour les "déséquilibrés". Ce chiffre est

bien sur très inférieur à la moyenne d'âge des malades hospitalisés à l'Hôpital psychiatrique, et semble beaucoup plus proche de celui des délinquants incarcérés. Il y a sûrement de nombreuses hypothèses pour expliquer ce phénomène ; peut être le délit est-il un symptôme d'aliénation plus fréquent chez le jeune ? Ou le juge demande t-il de préférence l'expertise chez un jeune délinquant ? Ou est-ce que l'expert ému par l'âge du délinquant pense qu'il a plus besoin d'être aidé que puni ?

Considérons maintenant, l'âge du premier délit pour constater que chez les malades mentaux psychotiques, ce premier épisode médico-légal se situe autour de 30 Ans, alors que chez nos déséquilibrés le premier délit est commis entre 12 et 15 Ans.

2°- Les antécédents psychiatriques :

Nous avons peut être un peu artificiellement divisé nos vingt six observations en quatre groupes :

- a) Ceux qui dans leurs antécédents ont été hospitalisé à l'Hôpital psychiatrique en dehors d'une affaire médico-légale. Ils sont au nombre de neuf. Pour six d'entre eux, le délit a été commis entre 10 Jours et 3 Mois, après leur sortie de l'Hôpital psychiatrique. Les autres étaient sortis depuis un an.

Parmi ces neuf observations, une attire notre attention, celle d'un malade schizophrène, qui sorti depuis deux mois de l'Hôpital psychiatrique commet un vol, pour lequel il est condamné à deux mois de prison, sans qu'il y ait eu expertise. Or le jour de sa sortie de prison, il commet une nouvelle infraction, incendie l'habitation de ses parents, se livre à des violences sur sa mère. Peut être y aurait-il intérêt à ce que le passé médical et plus particulièrement les antécédents psychiatriques d'un délinquant

soient particulièrement connus des juges. Certains ont d'ailleurs proposé la création d'une fiche mentionnant les antécédents psychiatriques au même titre, que les antécédents judiciaires. On peut parfois rencontrer des délinquants ayant été expertisés et dont le passé psychiatrique reste inconnu de l'expert.

b) Dans un deuxième groupe, nous trouvons cinq malades qui ont déjà été hospitalisé à l'Hôpital psychiatrique à la suite d'un non-lieu. Pour trois, un seul non-lieu, pour un autre quatre non-lieux, pour le dernier tantôt jugé responsable, tantôt irresponsable.

c) Dans un troisième groupe, nous avons cinq observations de "déséquilibrés "aux antécédents judiciaires chargés ayant eu déjà de nombreuses expertises concluant à l'atténuation de responsabilité. Ils n'ont jamais auparavant, fait de séjour à l'hôpital psychiatrique, dans trois cas, ils ont fait un séjour en maison de rééducation.

d) Enfin, nous trouvons dans le dernier groupe sept observations de malades qui n'ont pas de passé judiciaire, ni psychiatrique. Il s'agit donc, dans ces cas d'affections psychiatriques reconnues au moment de l'expertise. Le délit a été révélateur de la maladie mentale. Dans ces sept observations, quatre sont celles de nord-africains. Le fait qu'il n'y ait pas d'antécédents connus peut poser à l'expert des problèmes difficiles, et nécessite une observation qui s'est faite à l'annexe psychiatrique de la Maison d'Arrêt.

Les deux premiers groupes semblent mettre en cause la valeur thérapeutique de l'Hôpital psychiatrique, alors que le troisième remet en question, l'efficacité de la sanction ou plus exactement de la privation de liberté dans le cadre de la prison.

Les antécédents médicaux :

Cinq de ces malades ont eu une tuberculose associée dans trois cas à un traumatisme crânien, avec perte de connaissance, dans un dernier cas à un ulcère ayant nécessité une gastrectomie.

Pendant le premier mois de leur hospitalisation, nous avons découvert chez un malade une syphilis, chez un autre un ulcère de l'estomac.

Fréquence des traumatismes crâniens avec perte de connaissance : 6 Observations, dont les malades parlent d'ailleurs volontiers.

Ethylisme avec atteinte somatique importante dans deux cas.

4°- Scolarité, Niveau intellectuel :

- Dix huit sur vingt six n'ont pu avoir le CEP.
- Six ont eu le CEP.
- Deux ont un niveau supérieur (brevet de comptabilité pour l'un, niveau du baccalauréat pour l'autre).
- Deux seulement ont eu un test de niveau.

Observation d'un malade schizophrène débile QI = 57, et d'un déséquilibré au QI = 117.

5°- Milieu familial - Etat civil :

- ETAT CIVIL :
 - 18 sont célibataires,
 - 5 sont mariés, vivent séparés ou divorcés,
 - 3 mariés vivent en famille.

- MILIEU FAMILIAL - CONDITIONS EDUCATIVES :

- Un est pupille de l'assistance publique,
- Foyer dissocié des parents, connu dans 8 Cas,

- Mécontente des parents, connue dans cinq cas.

62- Facteur Ethnique :

Sur 26 Malades, dix huit sont français de souche dont trois rapatriés d'Afrique du Nord.

- deux sont naturalisés français,
- six sont Nord africains, cinq algériens, un tunisien . Trois sont en FRANCE depuis moins de cinq ans, ils s'étaient mal adaptés, trois y sont depuis 10 à 15 Ans, et paraissaient bien adaptés jusqu'à cet épisode.

Il nous semble que le contexte politique au moment des faits a une influence importante sur la constitution de ce groupe de 26 malades. On peut se demander, ce qui est dû dans le déclenchement de cet épisode médico-légal à la transplantation, à l'existence du contexte politique.

BARDENAT, constate que les formes médico-légales sont plus fréquentes chez les nord-africains. Plus de 7 % des indigènes psychopathes internés sont criminels, tandis que les aliénés d'origine européenne compteraient de 3 % de délinquants. Il s'agit là d'un travail fait en ALGERIE.

Dans quatre de nos observations, les experts concluent à une schizophrénie ou un syndrome schizophrénique avec impulsions, mais rencontrent une pathologie d'une autre culture.

Par ailleurs, au moment des faits, la police centrait son effort sur la criminalité des nord-africains, alors que d'autres délinquants agissaient sûrement dans l'impunité. Et puis, il est remarquable de constater que dans trois cas, c'est la foule qui a arrêté l'infracteur algérien.

Ainsi, BEN H... "aurait essayé de retenir de force une jeune fille rue de la république", il est arrêté

par la foule. SALEM A... "aurait agressé une passante, la renversant à terre sans lui adresser le moindre mot, et sans gestes équivoques, maîtrisé aussitôt par les gens accourus".

7^e- Profession :

Sur le plan professionnel, l'adaptation de la grande majorité de nos cas est mauvaise.

- cinq n'avaient pas d'activité professionnelle au moment de l'infraction, et auparavant occupaient des emplois de manoeuvres non qualifiés.

- Deux étaient en invalidité,

- Quinze ont des travaux occasionnels, saisonniers, marginaux (ouvriers agricoles) ou bien sont manoeuvres non spécialisés.

- Deux sont ouvriers spécialisés.

- Deux ont fait des études secondaires et occupent l'emploi de comptable.

L'instabilité professionnelle est habituelle.

8^e- Service militaire :

- Douze sur vingt six ont fait leur service militaire sans incident,

- chez trois autres, des troubles neuropsychiatriques apparus durant le service militaire ont provoqué la réforme. Un était engagé volontaire. Les troubles sont apparus le premier mois suivant l'incorporation.

- Onze ont été déclarés inaptes au service armé au moment du conseil de révision. Les causes de réformes ne sont pas toujours psychiatriques, mais souvent difficiles à faire préciser par le malade.

En conclusion, l'étude des antécédents de ces malades, nous fournit de nombreux indices de leur mauvaise adaptabilité à la vie dans notre société. Nous pouvons noter

l'intrication de facteurs individuels, socio-professionnels et familiaux.

Ces facteurs recouvrent les différentes théories anthropologiques, psychopathologiques, sociologiques, biologiques , communes à la délinquance et à l'aliénation mentale.

II- LES RAISONS DU NON-LIEU.

Nous voudrions dans ce paragraphe, répondre à la question "est-ce que la justification psychiatrique donnée par l'expert est suffisante à expliquer le non-lieu ?".

Nous essayerons, essentiellement à partir des rapports d'expertise, de trouver d'autres justifications. Nous allons donc tâcher de voir, comment du statut de délinquants nos sujets ont eu celui de malades mentaux.

A- JUSTIFICATION PAR L'ANOMALIE MENTALE.

Dans la majorité des cas, l'expert à la partie facile, l'inculpé a un passé psychiatrique. Il portera le diagnostic après d'autres collègues de "schizophrénie", "psychose paranoïaque" "oligophrénie". Il pourra éventuellement, s'aider de test de niveau, demander un E E G etc... Le délit, les éléments de l'instruction sont déjà révélateurs. Le médecin expert rencontre là une clientèle analogue à celle qu'il traite. Le tableau clinique que présente le délinquant est le principal facteur du non-lieu. Il s'agit là de la position prise par la majorité des experts.

Il faudrait, à mon avis, écrit LAFON, en simplifiant un peu, n'admettre à l'Hôpital psychiatrique que les sujets que l'on aurait été amené à interner même s'ils n'étaient pas délinquants.

Selon le diagnostic donné par l'expert on peut différencier :

a) des délinquants psychotiques (16 Cas), oligophrènes (2 cas et avec lésion organique cérébrale (épileptique 1 Cas).

Dans deux observations, il s'agit de schizophrènes anciens en rémission. au moment du délit, peut être alors

y aurait-il sujet à discussion sur l'opportunité du non-lieu.

Dans l'observation de S. BEN A... "délirant, suspect de schizophrénie", l'expert conclut à la nécessité de poser l'observation en milieu psychiatrique, et à la démente au sens de l'article 64 du code pénal. Dans le service, S... ne présente pas de troubles mentaux, bien qu'il ne donne pas d'explication cohérente à son acte, il pourra sortir après que l'on ait découvert un ulcère de l'estomac.

b) Des délinquants névrosés (2 Cas) et déséquilibrés (5 Cas)
Il s'agit de cas-limites pour lesquels d'autres considérations interviennent dans la justification du non-lieu. C'est alors que l'expert va se servir de la "réalité" pour justifier de l'utilité de l'internement, sans exclure l'existence de raisons affectives qu'elle peut parfois masquer. La proportion des délinquants internés après non-lieu varie avec l'expert, notamment selon ses conceptions psychopathologiques.

Il y a un siècle, le psychiatre partait à la recherche de l'idée délirante, le délire servait de critère pour parler de folie légale. Seuls les déments ou les délirants, parfois les maniaques ou certains mélancoliques bénéficiaient du non-lieu, mais avec l'évolution des concepts psychopathologiques, les limites du normal et du pathologique sont devenues de plus en plus floues ; la discrimination des cas intermédiaires est devenue de plus en plus difficile et certains encore estimeraient que les personnalités psychopathiques relèvent essentiellement de la psychiatrie.

Le nombre des délinquants ou criminels reconnus aliénés s'est donc trouvé accru alors, que dans le même temps des mesures de libéralisation étaient préconisées à l'intérieur des hôpitaux psychiatriques.

B- AUTRES JUSTIFICATIONS DU NON-LIEU.

I^o- Le problème de la responsabilité atténuée.

Dans l'observation de A... pédophile obsessionnel, l'expert note que le fait d'avoir largement atténué la responsabilité dans les expertises précédentes a abouti à l'énoncé d'une peine minime, qui n'a été suivie d'aucune mesure thérapeutique.

De même dans l'observation de R... psychose paranoïaque, inculpé de violences envers sa famille, l'expert constate que le fait d'atténuer la responsabilité reviendrait à atténuer la peine, et ferait courrir le risque de réactions violentes à la sortie de prison. Il insiste sur la dangerosité et la nécessité d'un maintien à l'Hôpital psychiatrique.

Ceci nous amène à la critique de la notion de responsabilités atténuées telle qu'elle est introduite dans la loi française, où le juge applique l'article 463, et diminue la peine. Ce n'est pas que cette notion ne corresponde à une réalité psychologique, mais du fait qu'elle aboutit à une réduction de la peine, elle ne résout aucun problème. Or, paradoxalement, "ce sont les sujets les plus dangereux qui bénéficient de l'atténuation de la responsabilité", non pas que la sanction pénale soit la solution idéale, mais parce que toute atténuation de la responsabilité semble être un engagement de poids à la récidive.

FOREL en 1885, demandait qu'un jugement de responsabilité atténuée corresponde à une autre forme de traitement.

GRASSET en 1907, demandait de substituer à cette conception de réduction de la peine conséquence de la réduction de la responsabilité, la conception de la transformation de la peine, conséquence de l'état dangereux du délinquant.

Toutefois, du moment que la politique répressive est arrêtée une fois pour toutes par le législateur, est-ce à l'expert de frauder sur ses conclusions sous prétexte que la conception du législateur lui apparaît dangereuse ?

Dans le nouveau code de procédure pénale, on ne demande plus à l'expert de se prononcer sur la responsabilité, mais dans l'appréciation de la relation entre les anomalies mentales ou psychiques et l'infraction n'y a-t-il pas les mêmes degrés que dans l'appréciation de la responsabilité ?
BROUSSOLLE.

On pourrait dans certains cas être tenté de parler d'experts répressifs poussés à conclure au non-lieu, pensant que la société serait mieux protégée de cette façon ; conclure à l'atténuation de responsabilité risquerait de provoquer une libération prématurée. Mais il paraît bien hasardeux de vouloir fonder ses conclusions sur l'efficacité ou l'inefficacité dans l'ordre de l'intimidation des peines encourues par l'inculpé. Par contre, dans les cas embarrassants, dit le Professeur GARRAUD, les experts ont des scrupules de conscience. Pour atténuer leur propre responsabilité, ils atténuent celle des prévenus, alors que ces délinquants ont à être fortifiés et non pas dévalués dans le sentiment de leur responsabilité.

2°- L'absence de structures.

Dans de nombreuses observations, nous avons pu noter que l'expert, "faute de mieux", concluait à la nécessité de l'internement ; mais le fait qu'il n'y ait pas de solution ne prouve pas que la meilleure reste l'Hôpital psychiatrique.

Observation M... déséquilibré mental, vols.
"Ce cas est embarrassant au regard des institutions sociales, thérapeutiques ou répressives existantes. Il bénéficierait

d'un système de défense sociale mixte qui assurerait en même temps, une certaine contrainte , un encadrement pédagogique et une psychothérapie prolongée. Faute de mieux, on doit tenter au moins une fois l'internement à l'Hôpital psychiatrique si cet essai échouait, on devrait s'attendre à ce que les experts orientent leurs conclusions vers une solution répressive l'incarcération, laquelle ne serait qu'un expédient".

Observation B... déséquilibre mental, fond de débilité, vols.

"Sa place serait dans un centre pour débilés mentaux, où il pourrait travailler en étant soigné, faute de cela on est amené à penser qu'il faudrait le mettre définitivement à l'Hôpital psychiatrique pour le faire travailler, et non le faire soigner, ce qui lui assurerait la sécurité et permettrait en même temps de le surveiller et de l'empêcher de pratiquer des actes antisociaux".

Observation P...débile, traits paranoïaques, empoisonnement d'animaux.

"Une hospitalisation de longue durée s'impose, de préférence dans un service réservé aux asociaux. Cette solution s'avérant la moins mauvaise, faute de dispositions de défense sociale plus efficaces, inexistantes dans notre pays".

L'expert dans ces cas là constate une carence en solutions institutionnelles et "entre deux maux préférant choisir le moindre" oriente la solution vers l'internement. Il est probable que le travail de l'expert serait beaucoup plus facile si un équipement d'assistance existait réellement pour les délinquants.

C'est donc là l'occasion pour l'expert d'émettre des vœux, mais est-ce bien à lui d'orienter vers telle ou telle solution, aussi importante que le séjour dans un service de malades asociaux?

Nous pouvons remarquer que D... fut transféré de l'Hôpital psychiatrique vers un hôpital de sûreté du fait de la perturbation qu'il amenait à l'institution, alors que dans les deux autres cas l'adaptation au milieu hospitalier a été satisfaisante et que le devenir d'un malade montre une bonne adaptation ultérieure.

Cela n'enlève rien aux vœux maintes fois émis concernant la création de nouvelles structures permettant de concilier les exigences de la société et les besoins de l'individu, mais montre bien que l'appréciation d'ordre pronostique en matière d'intimidabilité et de curabilité semble être encore une visée, une ambition pour le technicien plutôt qu'une possibilité raisonnable, d'une manière assez sûre pour pouvoir fournir à la justice des fondements dont la solidité ne puisse être mise en doute. HEUYER et DUDLINEAU.

3°- La nature des structures existantes.

Si cette présence, dans les justifications de l'expert, semble corollaire de l'absence de certaines structures, elle l'est aussi de la nature des structures existantes ; elle est fonction de l'équipement psychiatrique et de l'équipement dépendant de la justice.

L'expert est souvent médecin-chef à l'Hôpital psychiatrique, il connaît la tolérance ou plutôt l'intolérance de plus en plus grande de l'Hôpital psychiatrique. Cette présence apparaît comme un frein à quitter "l'architecture d'oppression" à la recherche d'une architecture de liberté, alors que l'Hôpital s'ouvre vers l'extérieur avec de nouvelles formules d'assistance aux malades mentaux. Cette présence risque de perpétuer la confusion qui règne encore entre dangerosité et maladie mentale, entre prison et hôpital psychiatrique. Les défenses de la société à l'égard de la maladie mentale risquent de s'en trouver renforcées.

On comprend que si des délinquants ou criminels entrent à l'Hôpital psychiatrique, d'autres malades peuvent hésiter à y entrer. La réputation de l'Hôpital se trouve donc modifiée, et avec la politique de secteur les voisins à l'Hôpital le sont aussi dans la vie.

En face de ce premier pôle qui est l'Hôpital psychiatrique, se trouvent les possibilités de traitement dépendant de la justice.

Ainsi, le développement général des annexes psychiatriques dans les prisons est de nature à faciliter le travail de l'expert et peut éviter dans une certaine mesure les internements à l'Hôpital psychiatrique.

A LYON, on remarque une courbe fortement décroissante : vingt deux internements en 1960, seize en 1963, douze en 1964 pour tomber à huit en 1965.

Dans une de nos observations cependant, celle de B... déséquilibré, qui commet un nouveau délit pendant son incarcération envers un agent de l'administration pénitentiaire, les experts concluent à l'existence d'anomalies mentales en relation avec l'infraction et à la nécessité de l'internement. Dans ce cas, était apparu un conflit d'autorité psychiatre des prisons-administration pénitentiaire qui avait développé chez ce délinquant un sens d'injustice aigüe. Il ne pouvait maîtriser ses pulsions, ni bénéficier d'une attitude répressive. Le médecin prévoyait le risque d'accidents graves ; le non-lieu avait pour but de rompre un cycle désespérant-désespéré qui était apparu dans les murs de la Maison d'Arrêt. Sorti après deux mois de séjour à l'Hôpital psychiatrique, ou son comportement fut satisfaisant, B... récidiva et fut condamné, ce qui confirma les dires du médecin de l'Annexe psychiatrique qui estimait que malheureusement la carrière délictuelle avait bien des chances de se poursuivre

ultérieurement.

Dans cette observation, le personnel de la prison contestait la décision de non-lieu et optait pour des mesures répressives; en d'autres circonstances, on peut concevoir que le psychiatre de la prison subisse des pressions afin d'interner des individus dont il estime que la place n'est pas à l'Hôpital psychiatrique.

Ainsi, l'introduction du psychiatre à la prison ne semble pas se faire sans poser de problèmes, le cas de B... est significatif à cet égard, le vœu pourtant général des psychiatres est de voir se développer les annexes psychiatriques dans les prisons et se créer des possibilités authentiques de traitement des délinquants.

Un traitement pourrait être institué dans le cadre d'un travail en équipe en sachant que le milieu choisi par le délinquant doit dépendre de la justice.

De même la mise en application de nouveaux principes tels que l'adoption du sursis probatoire et la nomination de juges chargés de l'application des peines devraient donner de nouvelles possibilités, à condition bien sûr que des moyens réels existent et que le psychiatre se prépare à cette collaboration avec la justice.

Dans le cas de V... état dépressif névrotique avec éthylisme, inculpé de détournement de pièces comptables et prévenu libre, délinquant primaire, l'expert sera amené à conclure à l'état de démence, et à la nécessité de l'internement, alors que l'inculpé aurait vraisemblablement été condamné à une amende. L'expert va conclure au non-lieu "car le sujet incapable de prendre lui même la décision de se soigner, l'on n'est pas assuré que l'entourage pourra s'y résoudre". Après huit jours de séjour dans le service "au milieu des fous", pendant lesquels V... refuse le statut de ma-

l'ade mental, le transfert pourra se faire vers une clinique privée.

Donc, dans ce cas l'expert a recours à l'interne-ment en l'absence d'obligation de traitement prévue par la loi, dans un cas où la peine aurait été minime

4^e- Les raisons subjectives :

Leur étude supposerait de notre part, la connaissance de la situation et du vécu de l'expert, et renvoie notamment à la conférence faite par TH. KAMMERER, au groupe de l'évolution psychiatrique le 26 Janvier 1955, qui dit " en se contentant d'une formulation simplifiée à l'extrême et sans doute discutable :

-La reconnaissance de la peine responsabilité, telle qu'elle est conçue dans notre système pénal actuel est sous tendue par un contre transfert négatif. Autrement dit pour que l'expert puisse en bonne conscience renvoyer l'inculpé à la prison sans rien faire pour lui, il faut qu'il ait éprouvé un sentiment de l'ordre de la peur, ou de l'agressivité à son égard.

- L'attribution d'une atténuation de responsabilité pénale est au contraire sous tendue par un contre-transfert positif. Atténuer sa responsabilité, c'est alléger la peine de l'inculpé et par conséquent de gratifier, ce qui n'est guère concevable sans un sentiment de l'ordre de la sympathie, de la protection, de l'exercice d'une puissance bienveillante".

Il faudrait aussi peut être envisager les réactions de contre-transfert dans ce qui est l'attribution de l'irresponsabilité.

Dans les cas de malades indubitables atteints de psychoses, débilité profonde, la décision de conclure à

la démençe au sens de l'article 64 est la position prise par la majorité des experts, et l'ingérence des facteurs affectifs peut être plus facilement contrôlée. Par contre, dans les cas qui nous ont plus particulièrement retenus (déséquilibrés, névrotiques), les réactions de contre transfert ont certainement plus d'importance.

Nous ne savons pas s'il s'agit d'un contre transfert positif ou négatif. On peut se demander si déclarer ce délinquant incapable d'être puni est vraiment thérapeutique. Le fait pour un délinquant de commettre une infraction semble constituer une démarche pour se soumettre à la réalité du groupe. Le groupe va nier cette démarche et aliéner son auteur.

Nous ne savons pas non plus s'il faut déduire les réactions de contre transfert de l'expert, de phrases écrites dans les rapports d'expertise telles que :

"Nous insisterons sur son caractère dangereux et pensons qu'il doit être placé et maintenu très longtemps à l'Hôpital psychiatrique".

"Un long séjour s'impose de préférence dans un service réservé aux asociaux".

"On est amené à penser qu'il faudrait le mettre définitivement à l'hôpital psychiatrique pour le faire travailler et non le faire soigner".

"Il est inintimidable, incurable"

Peut être ces phrases reflètent mal le dialogue, la relation inculpé-expert, et traduisent plus le langage du psychiatre aux représentants du groupe social dans la personne du juge. Toutefois, il semble qu'un contre transfert négatif peut rapprocher l'attitude de l'expert de celle du répresser. A l'opposé on conçoit que, dans certains cas, l'expert se sente plus enclin à la pitié qu'à la sévérité, et que voulant mettre

le malade à l'abri de la justice, il conclut à l'état de démence. PARIENTE fait remarquer qu'il y aurait peut être à dire sur cette pseudo-clémence. Comme nous l'avons vu dans nos vingt six observations de sujets internés après non-lieu, on se trouve en présence d'individus issus de familles dissociées de conditions modestes, parfois sans culture, ayant dans leurs antécédents une ou plusieurs hospitalisations en milieu psychiatrique, ils ont souvent des antécédents médicaux chargés (traumatismes crâniens dans six observations, tuberculose...) De telles conditions peuvent expliquer que l'on soit plus enclin à la pitié qu'à la sévérité.

Le véritable problème, il n'est pas facile, est de maintenir l'étude de ces antécédents dans le cadre psychopathologique, or, on sait que le psychiatre rencontre peut être chez ces délinquants une pathologie à laquelle il n'est pas habitué.

En conclusion, il ne faudrait pas sous-estimer la part faite à l'état mental en relation avec l'infraction dans l'énoncé du non-lieu, nous avons voulu surtout aborder le problème des cas limites, où interviennent d'autres justifications tenant à la notion de responsabilité atténuée, à la nature de l'équipement psychiatrique et pénitentiaire, à la carence des solutions institutionnelles ; peut être dans ces cas là l'expert voulait-il guider le juge dans l'efficacité de la répression, comme de la thérapeutique. Il ne faudrait pas non plus ignorer l'existence de facteurs affectifs.

"Ils ne doivent nullement scandaliser, bien qu'ils heurtent l'esprit judiciaire. Les ignorer, c'est s'exposer à les laisser opérer dangereusement. Il y a au contraire intérêt à en prendre conscience et à les contrôler!" KAMMERER.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS DE DELINQUANTS

INTERNES APRES NON-LIEU

Nous allons présenter six observations de délits
quants internés après non-lieu .

Nous avons choisi ces observations en fonction
de l'abondance des renseignements consignés dans les dossiers
et les rapports d'expertise.

O B S E R V A T I O N S

Observation N° I : M ... psychose paranoïaque;
coups et blessures volontaires.

Le 24 Avril 1959, M ... portait un violent coup
de couteau à N ..., lui occasionnant une grave blessure dans
la région thoracique gauche. Pendant que la victime était
transportée à l'Hôpital N... se présentait spontanément
au commissariat de Police, y racontait les faits, et remet-
tait à la police le couteau poignard dont il s'était servi pour
frapper son compatriote.

M... est âgé de 41 Ans. Son père âgé de 74 ans
est cultivateur dans le département de CONSTANTINE. Sa mère
est décédée en 1952 à l'âge de 60 Ans. Il a trois soeurs et
un frère en bonne santé, et un frère de 39 Ans, qui a dû être
interné pour troubles mentaux et a subi une thérapeutique
d'électrochocs.

Le milieu est très pauvre, cependant, ses parents
s'entendaient bien, il a eu une bonne éducation, et a fait une
scolarité primaire jusqu'à 13 Ans. Il sait lire et écrire, n
pas d'antécédents pathologiques personnels. Il a travaillé à
la culture avec son père jusqu'en 1938, puis fit campagne en
TUNISIE, en CORSE et dans les Basses-Alpes.

Démobilisé en 1945, il vint en Métropole en

1946, occupa différents emplois à PARIS, où il fut victime d'un accident du travail (fracture de la tibio tarsienne gauche) et se trouve enfin à LYON depuis 1956.

M... s'était marié en 1938. Sa femme mourut en 1954, lui laissant 4 enfants , deux filles de 8 et 10 ans qui sont en ALGERIE avec leur grand père, et deux garçons de 12 et 16 Ans qu'il ramena avec lui à LYON en 1956. L'aîné est à l'école des métiers et l'autre à l'école Rue de L'Ordre, et lui donnent satisfaction.

Il a toujours travaillé avec régularité jusqu'au mois de Février, et gagnait bien sa vie, n'ayant pas de liaison et ne faisant pas de politique. Il a cependant dû-il cherché à payer ses cotisations au F.L.N., mais n'a jamais pu y parvenir. C'est à partir de "ce moment qu'il a senti qu'il était menacé". Puisqu'on l'ignorait, c'est qu'on le considérait comme inexistant, ou comme mort, ou qu'on voulait le faire disparaître. Peu à peu, cette impression s'est transformée en certitude, alimentée par l'angoisse consécutive aux événements, aux attentats à la vie menacée des milieux Nord-africains. "On" le traite d'anti-musulman, "on" lui envoie des hommes (il cite les noms de ces hommes de main, il les a notés sur un papier que la police a trouvé dans son portefeuille).

Peu à peu, son anxiété augmente, il se sent traqué, tout conspire autour de lui à le confirmer dans sa peur, dans la certitude qu'on lui en veut, que l'on fait des réflexions, plus ou moins imaginées, certainement vraies parfois, car son attitude le rend méfiant, insociable, bizarre et des voisins le traitent de fou.

Ainsi, il a cessé tout travail depuis trois mois, il se sent poursuivi, déprimé, il ne dort plus, tous les bruits nocturnes l'inquiètent ; un mois avant le drame, il se rend à la P.J. rue Vauban, où on l'éconduit en lui pro-

mettant de s'occuper de cette affaire, de le protéger. Il semble que le fait de prévenir l'autorité pour se faire rendre justice, ne se trouve que parmi les plus évolués.

Le 24 Avril, il a passé sa nuit dans l'inquiétude, à plusieurs reprises il a "entendu" à travers sa porte son voisin prononcer des paroles malveillantes, deux ou trois jours avant, il l'aurait aperçu tenant un revolver à la main. Ce matin-là, il le rencontre dans le couloir. Son voisin N... a "une main dans sa poche", "il le regarde d'un mauvais oeil", brusquement, il a peur, il préfère "être le boucher que le veau", et il le frappe avec le couteau qu'il a pris sur lui.

Les experts concluent à l'existence d'un délire de persécution à forme interprétative avec très vraisemblablement quelques hallucinations surajoutées. Ce délire s'est systématisé et de persécuté le malade est devenu persécuteur. L'acte qui lui est reproché est l'aboutissement de ce délire. M... doit être considéré comme en état de démence au sens de l'article 64 du Code pénal, et interné à l'Hôpital psychiatrique.

M... sera interné le 13 Juin 1959.

Il dit d'abord se sentir en sécurité, et lorsqu'on lui parle de sortie, il s'écrie "non, non, je ne veux pas sortir, je veux rester ici". Si on l'interroge, il dit "les autres nord-africains du service m'en veulent, ils complotent contre moi, ils disent : il faut tuer M...". Traité par Neuroleptiques, il dort mal, est anxieux, ne rectifie pas ses idées de persécution.

Un an après, il garde ses convictions antérieures, bien qu'il ne présente pas d'idées délirantes actuelles et travaille dans l'enceinte de l'hôpital. Manifestations hypocondriaques fréquentes, se plaint de l'estomac, d'être fatigué etc ...

Il pourra sortir en sortie d'essai après deux ans de séjour dans le service, et sera suivi pendant deux ans en consultation. Nous aurons par la suite de ses nouvelles qui sont très satisfaisantes, il s'est installé à ALGER avec ses enfants.

Observation N° 2 : A... pédophilie obsessionnelle.

Agé de 40 ans, inculpé d'attentats aux moeurs, il fait des attouchements sexuels à des jeunes garçons, puis exhibe ses organes génitaux.

Il est le benjamin d'une famille de six enfants. Le milieu familial est aisé, ses parents unis, la famille très religieuse, il a eu une éducation stricte. Il a fait des études secondaires a échoué au bac philo. Il rentre alors au grand Séminaire, puis un an après doit faire le travail obligatoire en ALLEMAGNE. Il a toujours eu l'impression qu'il était impuissant, il présentait un net retard pubertaire. Il a acquis la virilité après un traitement hormonal. Il n'a pas pu se masturber efficacement dit-il, à l'âge de 25 ans seulement, il est porteur d'un hypospadias.

Après le travail obligatoire en ALLEMAGNE, il va retourner au grand Séminaire puis entrer au Monastère en 1946. Anxieux, irritable, il ne dort plus et consulte un neuro-psychiatre qui déconseille la vie monastique et contemplative. Finalement, après six ans de séjour au monastère, le supérieur lui conseille le retour à la vie civile. Il rentre dans sa famille déçu, son père est malade, les affaires périclitent, il part à PARIS en 1954. Il a ses premiers contacts homosexuels dans des WC, rôle passif. Il tente de se marier mais doit y renoncer dit-il, par refus de sa famille. Et puis, il n'a pas eu de plaisir dans les rapports passagers qu'il a eus avec des prostituées.

Il va quitter PARIS , pour se rapprocher d'un frère qui vend des voitures, et devient concessionnaire d'appareils électro-ménagers. C'est là qu'il commence à commettre les faits qui lui sont reprochés. En 1958 inculpé d'outrages publics à la pudeur, l'expert conclut dans le sens d'une atténuation de la responsabilité. Condamné à 3 Ans avec sursis, 5 Ans mise à l'épreuve, il va se fixer à VILLEURBANNE, où il exerce le métier d'aide comptable. La rechute va être rapide. En Juin 1961, il attire des jeunes garçons chez lui, fait des attouchements sexuels puis exhibe ses organes génitaux. Le 9 Juillet, les mêmes faits se reproduisent avec un garçon de 9 ans. L'expert va conclure au diagnostic de névrose obsessionnelle et impulsive et propose le retour à la vie religieuse comme frère lai, ou familial après l'hospitalisation. Il s'agit donc d'une névrose ancienne avec immaturité affective, infantilisme psychique et organique. En corollaire on trouve des éléments d'anxiété, des scrupules. Il en est au stade masturbatoire solitaire et réciproque, nécessitant des fantasmes imaginatifs. Comme cela a déjà été observé, il s'agit d'un individu élevé dans la morale religieuse stricte ; pour lui, l'homosexualité tient de la "gaminerie", alors que "la fornication avec la femme" est le principal péché.

Lors de l'enquête de police, tous les gens attestaient de son comportement moral, et se déclaraient surpris de l'existence de ses pratiques homosexuelles. Interné le 16 Janvier 1962, après non-lieu, ce malade va s'occuper plus particulièrement d'un autre malade du pavillon. Après six mois de séjour dans le service, le rétablissement de relations avec sa famille, il pourra sortir ayant trouvé un emploi de secrétaire d'un mouvement de soutien pour alcooliques.

Observation N° 3 : N... 25 Ans, schizophrénie paranoïde, inculpé de tentative d'homicide et de port d'arme prohibée.

N... a agressé avec un rasoir en plein centre de LYON, un jeune militaire permissionnaire qu'il blessa grièvement à la gorge.

Algérien, originaire du constantinois, il appartient à une famille pauvre de cultivateurs. Il n'a pas été à l'école. Il aurait deux frères et une soeur.

Il avait 20 ans, lorsqu'il vint en FRANCE en 1956, en quête de travail. Il s'employa comme manoeuvre dans différentes usines. Sans que l'on puisse obtenir plus de précisions, on apprend qu'il aurait été malade dans l'enfance, et qu'on l'a réformé.

En mars 1959, il est interné à l'Hôpital psychiatrique du VINATIER, après une tentative de suicide, il reconnaît avoir voulu mourir, mais reste très réticent, et ne donne aucune raison à cet acte. Il se montre agité, excité menaçant malgré le traitement chimiothérapique. Il fait deux tentatives d'évasion, puis s'évade après avoir forcé la porte du service. Le certificat de quinzaine rédigé par le médecin chef était le suivant : "présente un syndrome de schizophrénie, idées délirantes de persécution mal systématisées, humeur dépressive, hostilité , réticence, impulsions. A maintenir".

Ce malade sortira après être resté 8 Mois dans le service alors "que calme depuis plusieurs semaines, lucide, il envisage correctement son avenir".

C'est six mois après qu'il va commettre les faits qui lui sont reprochés.

Aux experts, N... se présente prostré , confus. De façon monosyllabique, il dit "je cherche pour mourir il faut tuer moi, j'ai frappé pour qu'on me tue".

Il est persécuté, tout le monde le traite de

de chien, de femme, on l'insulte, on lui veut du mal.

À la prison, il demeure très isolé, fuit même le contact de ses correligionnaires. Lorsque l'un des experts l'interroge il devient nettement opposant et agressif verbalement. Durant les semaines qui ont suivi son placement à l'annexe psychiatrique, il garde ce comportement.

Une fois, il a semblé convoité le rasoir que maniait un détenu coiffeur, et a déclaré que tous les français étaient méchants avec lui. Alors, il veut se venger...il les mitraillerait tous s'il le pouvait. Il a refusé tout traitement.

Le tableau que présente N...est typiquement celui d'une schizophrénie paranoïde, avec son isolement étrange son délire de persécution généralisé, irraisonné.

Il n'a pas eu le comportement d'un idéaliste passionné qui aurait commis son agression, poussé par une logique personnelle ou encouragé par une organisation politique subversive. Son acte avait tous les caractères d'une impulsion maladroite, malheureusement orientée par le conflit politico-racial actuel. Car, l'attitude des schizophrènes, toute morbide qu'elle est peut très bien être secondairement influencée par les événements ambiants.

Les experts concluent à des anomalies mentales (schizophrénie paranoïde) devant le faire considérer comme en état de démence au sens de l'article 64 du code pénal. Il doit être considéré comme dangereux pour la société publique.

Nous citerons des extraits de presse :

" N... est un fou, et son déséquilibre est confirmé par les propos incohérents qu'il tenait après son arrestation. Il ne saurait être question de songer à un attentat décidé, et commandé par une organisation terroriste. C'est le

geste d'un fou qui a choisi sa victime au hasard de la foule déambulant dans les rues, et qui - même s'il a agit inconsciemment en fonction de la haine savamment entretenue par les propagandistes du F.L.N.- ne peut être considéré comme un exécuteur de mots d'ordre sanglants. Toutefois, ce sont les médecins commis pour l'examiner qui décideront si le redoutable nord-africain aura à répondre devant la justice d'une tentative de meurtre, ou si sa place est à l'hôpital psychiatrique d'où il n'aurait jamais dû sortir.

N... arrive le 25 Octobre 1960 dans le service d'où il sortira le 6 Mars 1963, pour être transféré par voie d'échange vers un hôpital psychiatrique d'ALGERIE.

Dans le service N... présentera des paroxysmes d'excitation et des impulsions. Il s'évadera plusieurs fois, sera ramené par la police. Traité par des neuroleptiques à doses massives. Il sera transféré vers un hôpital psychiatrique de son pays d'origine, car n'ayant aucune famille en FRANCE. Il donne régulièrement de ses nouvelles, a fait plusieurs séjours à l'hôpital psychiatrique de BLIDA, prend dit-il régulièrement un traitement.

Observation N° 4 : S... 21 Ans, schizophrène, inculpé de violences sur enfant.

S... venait d'arriver dans un centre d'accueil à LYON, avec d'autres européens rapatriés d'ALGERIE.

Un ménage, obligé de faire des démarches, lui avait confié une fillette pour quelques instants. Il l'aurait amenée aux toilettes, et se serait livré sur elle à des atouchements brefs et superficiels. Son manège avait été repéré. Suspecté, interrogé, il reconnut aussitôt les faits. Il dit qu'il n'avait pas l'intention de la violer.

Les antécédents : Sa mère parlant de la grossesse nous dit "ce fut une drôle de grossesse", les médecins pensaient à un fibrome. Il a marché très tard, son père extrêmement dur avec son fils, le battait fréquemment, le frappait à la tête. Les parents divorcèrent, il avait alors dix ans ; le divorce fut prononcé aux torts du père qui avait quitté le domicile conjugal. S... fut placé alors en pension, mais il ne pût y rester, refusait de s'alimenter.

Le père musulman, vint travailler en FRANCE dans une clinique chirurgicale parisienne où il serait laborantin. Il s'est remarié.

La mère d'origine corse, secrétaire comptable à ALGER, a eu avant et après son mariage deux liaisons suivies. S... a une soeur plus jeune, qui maintenant est mariée avec un ouvrier d'usine et attend un deuxième enfant. Il a aussi un demi-frère plus âgé.

Il aurait été très affecté par le départ de son père, lorsqu'il en parle, il se montre très agressif, dit qu'il n'a jamais aimé son père et qu'il n'a pas de souvenir de ce qui s'est passé avant l'âge de neuf ans. Sa scolarité ne dépasse pas le CEP, à quatorze ans il quitte l'école.

En 1956, âgé de 15 Ans, il fit un premier épisode psychiatrique d'allure dépressive et fut hospitalisé dix sept jours. Deux ans plus tard, dans le même service, il séjourna trois mois, on lui aurait fait des électrochocs et quelques comas insuliniques. Engagé dans la marine, il eut son contrat résilié du fait de son état nerveux, il pleurait tout le temps dit-il.

Avec l'accord de sa mère, il vint en FRANCE en 1959, il pouvait bénéficier en effet, d'une formation professionnelle accélérée à BETHUNE dans la section bâtiment. Mais il fait un nouvel épisode psychiatrique. Le père alerté

l'emmena à PARIS, à l'hôpital psychiatrique "SAINTE ANNE". "J'entendais du morse dans le métro" "on m'injurait". Il ne critique pas cet épisode délirant. Il eut des traitements importants, 40 comas insuliniques, des narcoses, des neuroleptiques à fortes doses. Il eut plusieurs rémissions et rechutes et ne quitta l'établissement qu'au bout de deux ans. Il revint alors auprès de sa mère en ALGERIE (1961); il travaillait avec son frère aîné, opérateur de cinéma. Les événements d'ALGERIE le firent rapatrier à LYON avec sa mère et c'est dans ces circonstances récentes que fut commis le délit.

A l'examen S... grand, fort, de physionomie puérile, est calme et lucide. Il se prête volontiers à l'examen.

A première vue, il ne présente pas de troubles mentaux; il n'est ni délirant, ni halluciné. Il a le souvenir précis de sa conduite délictueuse; il ne peut l'expliquer; s'il convient de l'absurdité et de la nocivité du fait, il ne paraît guère pour autant culpabilisé. Il n'y a chez lui, ni cynisme, ni indifférence. Mais il n'a pas intégré son acte, comme cela devrait se passer chez un jeune adulte de son âge.

Le mot "inconséquence" vient à l'esprit des experts, mot qui appelle la notion d'immaturité et de puérilité. Ces éléments deviennent évidents lorsqu'on a observé S... quelques jours, surtout à la lecture de son courrier sentimental écrit depuis la maison d'arrêt. Les projets, les désirs qu'il exprime, les références qu'il se donne, dénotent une imagination demeurée très infantile. Sa sexualité est teintée de puérilité bien qu'il ait eu dit-il, des relations sexuelles dès 14 ou 18 Ans, avec des partenaires d'occasion, sans qu'il ait eu des aventures sentimentales.

A l'écouter, à le lire, son niveau scolaire apparaît moyen et en tout cas ne pas être celui de la débilité mentale.

Comparé avec ses camarades de cellule, il se révèle mou, passif, rêveur, non conflictuel.

Il se sent actuellement en bon équilibre au point de vue nerveux. Il a un sommeil normal.

Discussion : S ... a fait ces dernières années une évolution psychotique indéniable et importante d'ordre schizophrénique. Depuis un an, il est en rémission, mais il demeure anormal. Sa puérilité, son immaturité affective peuvent être considérées comme les séquelles de sa poussée schizophrénique. Mais, elles peuvent aussi bien trouver leur source dans la carence grave du milieu familial dès la première enfance de l'intéressé. Ces considérations expliquent l'impulsion sexuelle qu'a eue S... Celle-ci est comparable dans une certaine mesure aux jeux sexuels fortuits et éphémères qu'ont les enfants. Nous ne pensons pas que l'acte de S... soit destiné à se reproduire inexorablement comme chez certains névrosés. Il indique toutefois, qu'il doit être suivi de très près au point de vue psychiatrique. Pour l'instant, il bénéficierait d'un séjour à l'hôpital psychiatrique, non pour des raisons de sécurité, mais pour y avoir des soins, peut être même de brève durée, à l'issue desquels il sera très régulièrement revu en consultation.

En conclusion l'examen physiologique et psychiatrique révèle chez S... des anomalies mentales : arriération affective, puérilisme, témoins d'une schizophrénie en rémission et en partie consécutifs à une défection parentale. Les experts concluent que l'infraction qui lui est reprochée est en relation avec ces anomalies. Le cadre de la loi de 1838 ne tient pas compte de l'évolution des hôpitaux psychiatriques qui, d'Asile protégeant la société tendent à devenir des centres thérapeutiques. Afin d'exiger un traitement psychiatrique régulier, nous le considérons comme dément au sens de l'article 64 du code pénal, c'est à dire irresponsable et dangereux.

S... sera interné le 13 OCTOBRE 1962, il quittera le service le 2 Novembre 1966.

Il va d'abord présenter des gros troubles du comportement, agité, impulsif, il refuse très souvent son traitement. Il sera admis au centre de réadaptation professionnelle de l'hôpital, il y sera très assidu, progressant dans le travail et la rapidité d'exécution. Son comportement y sera très bon. Il pourra sortir le 2 Novembre 1966 ayant trouvé un emploi de représentant.

Il sera réadmis dans le service le 21 Avril 1967 présentant un syndrome mélancolique "je veux payer les fautes que j'ai commises" "j'ai voulu embrasser une petite fille mais pas la tuer" dit-il. Il revendique sa responsabilité, demande à aller dans une cellule pour expier ses fautes. Ensuite il adoptera pendant quelques jours un comportement hypomaniaque. Sorti le 17 Octobre 1967, il est depuis régulièrement suivi en consultation. Il vit avec sa mère d'une pension d'invalidité qu'il touche de la sécurité sociale.

Observation N° 5 : Hebédothymie, inculpé de vols de voitures. Agé de 20 Ans.

D... est inculpé de vols de voitures. Le 22 Novembre 1964, il dérobe une automobile à LYON, et l'abandonne sur la Nationale 7, un peu avant le Péage de l'autoroute qu'il ne pouvait franchir, faute d'argent. Il gagne à pied le village de REVENTIN VAUGRIS et dérobe une seconde automobile qui se trouvait en stationnement devant un dancing. Il reprend la route et se fait interpellé à VALENCE par une patrouille de Police, qui l'arrête.

Biographie-Antécédents : D... est né le 26 Octobre 1944 à LYON. Son père, âgé de 55 Ans, est employé à la S.N.C.F. Il se porte bien. Sa mère, âgée de 53 ans

travaille à domicile. Il a une soeur âgée de 22 ans, en bonne santé. Il n'y a pas d'antécédents psychopathiques dans la famille. Il fut élevé par ses parents, et fréquente l'école primaire jusqu'à l'âge de 14 Ans, sans obtenir le CEP. Il dit qu'il ne s'entend pas avec ses parents. Ils ont été trop faibles avec lui au début, et maintenant il ne supporte aucune contrainte. Il entre dans un centre d'apprentissage en section menuiserie, il y reste un an, il aurait été mis à la porte parcequ'il n'était pas assez fort, et "surtout parce que les professeurs lui en voulaient". Il trouve ensuite une place d'apprenti boucher, et pendant trois ans, de 15 à 18 Ans connaît trois employeurs successifs. Mais ce travail ne lui plaisait pas, "la viande et le sang le dégoutent", il va retourner à la menuiserie où il travaille pendant l'année 1963/1964. Son adaptation professionnelle a été gravement compromise par de multiples hospitalisations :

- du 21/2/61 au 28/4/61 en clinique privée,
- du 28/3/62 au 12/4/62 en clinique privée,
- du 28/5/62 au 17/9/62 à l'Hôpital psychiatrique du VINATIER d'abord en service libre, puis sous le régime de la loi de 1838.
- du 15/8/63 au 30/8/63 dans le service de neurologie du Docteur C... à NICE.
- du 30/8/63 au 30/9/63 à l'Hôpital Psychiatrique du VINATIER.
- du 7/1/64 au 18/6/64 à l'Hôpital psychiatrique de BASSENS, dans le service du docteur V... où il fut interné sur conclusions d'un rapport médico-légal à la suite d'un vol d'argent.

Les troubles commencèrent à la fin de 1960, sur le mode d'une bouffée délirante aiguë "j'étais en train

d'écouter DALIDA, et soudain sans que je sache pourquoi, je me suis mis à pleurer, alors j'ai décidé de monter à PARIS pour épouser DALIDA". Il relate encore l'expérience étrange suivante : "un nommé JIM, qui doit appartenir à Interpool et qui aurait demandé à ses parents de signer une prise en charge de leur fils. Il l'aurait menacé avec un couteau et obligé de tout avouer". A la suite de ce début aigu, il semble que l'évolution se fit sur un mode torpide entremêlant des phénomènes délirants à bas bruits, des expériences délirantes avec phénomènes de dépersonnalisation, des phénomènes d'automatisme mental, des accès dépressifs atypiques. En même temps l'adaptation familiale et sociale se détériorait, les poussées délirantes ne laissaient entre elles que des intervalles très courts, où le comportement ne se normalisait jamais tout à fait.

Durant ses hospitalisations successives, il a beaucoup de difficultés à s'intégrer. Il fait de nombreuses fugues, et sera transféré à l'intérieur de l'hôpital et placé d'office, après avoir fait plusieurs vols de voitures (voitures d'infirmiers).

Examen : Les experts notent que son aspect général et sa présentation évoquent d'emblée une certaine perturbation du contact avec la réalité. Il se montre très décontracté, ne paraît pas affecté par son incarcération, relate les faits qui lui sont reprochés, comme ses nombreuses hospitalisations avec une indifférence souriante. Il possède un certain vernis de sociabilité, il est courtois mais son affabilité reste distante et superficielle. A aucun moment nous n'avons noté ni provoqué chez lui la moindre réaction émotionnelle profonde. A propos des faits qui lui sont reprochés, il ne manifeste ni regrets, ni remords. Il raconte en souriant les péripéties de son équipée dont il a conservé un souvenir précis.

Il reconnaît sans réticence les vols qu'il a commis et s'en explique en nous disant qu'il avait décidé, sur un coup de tête de partir dans le midi, sans avoir même songé à se munir d'argent. Il prit cette décision impulsivement en apprenant la rupture des relations sentimentales qu'il entretenait avec une jeune fille depuis quelques mois. Avant de partir il absorba une dizaine de comprimés d'un médicament tranquilisant.

Actuellement, persistent quelques interprétations délirantes et quelques phénomènes d'automatisme mental. D... nous dit avoir l'impression que les gens le regardent, parlent de lui, savent ce qu'il pense. Il se sent changé, bizarre, il se trouve souvent confronté à des situations qui lui semblent bizarres. Son attention est difficile à fixer sur un problème il dérive facilement d'une idée à l'autre, ne s'intéresse à rien, sinon à écouter passivement des disques de Jazz. Il se complait dans sa morne incuriosité.

Son intelligence s'est-elle dégradée à la faveur du processus psychotique ou bien était-elle fruste auparavant ? Il est probable que D... ne fut jamais très doué, ses performances au Wechsler Bellevue lui assignant des scores (QIV=84, QIP = 96, QIG = 89) permettent de le classer à la limite de la débilité.

L'examen somatique s'avère négatif. Les examens de laboratoire pratiqués lors de séjours antérieurs : BW, EEG sont négatifs.

Discussion-Conclusions :

Les experts notent que leurs propres observations concordent avec les renseignements que leur ont communiqués les docteurs B...et V...

D... présente des troubles mentaux qui évoluent depuis 4 ans environ et se caractérisent par des épisodes

délirants larvés, des phénomènes d'automatisme mental, une dissociation intellectuelle et surtout par un mode pathologique de relation au monde. D... passe de l'autisme réveur à l'impulsion antisociale ; la fugue est pour lui une manière de résoudre ses difficultés. Il en fit déjà plusieurs avant celle qui nous occupe aujourd'hui. Et chaque fois, il n'éprouve aucun scrupule à voler ; argent ou voitures , pour la réalisation. Ses réactions sont impulsives et ne lui laissent aucun remords. De tels troubles appartiennent , de toute évidence au groupe des psychoses schizophréniques. La précocité de leur apparition, leur forme clinique où les troubles du comportement prévalent sur les phénomènes délirants qui restent à l'arrière plan, caractérisent cette forme particulière, appelée Héboïdophrénie où les troubles du comportement et du caractère ne sont pas sans rappeler ceux du déséquilibre mental. Les experts concluent à l'état de démence , au sens de l'article 64 du code pénal, et à la nécessité de l'internement à l'Hôpital psychiatrique de son département d'origine.

Dans le Service D: D...va rester près de deux ans dans le service, après avoir tenté une sortie d'essai suivie de réintégration. Traité par neuroleptique, ce malade va travailler assez irrégulièrement à l'ergothérapie, il sort souvent en permission et reçoit des visites fréquentes de sa famille. Il ne se fait pas remarquer, et son comportement est satisfaisant; de lui les infirmiers disent : "décontracté, fait du sport, s'occupe dans le service et les ateliers d'ergothérapie". Peu après son entrée, on a découvert une syphilis. Il va quitter le service le 30/II/1966. Il sera réhospitalisé le 5/I/1967. Il est revenu accompagné par son père après avoir essayé divers emplois et fugué à PARIS. Il dit qu'il n'a pas besoin de traitement. Un essai de stage au centre de réadaptation professionnelle est un échec. Il s'évade dans l'après-midi. Il sera hospitalisé une nouvelle fois dans le

service le 23/9/67. Il a fait trois fugues, dit-il, "plutôt de l'ennui" "une envie de partir sans raison". On va faire un nouvel essai au centre de réadaptation professionnelle. Les responsables du centre notent "beaucoup de possibilités, assidu, propre, ponctuel. Si son comportement était le même à l'extérieur pourrait faire une F.P.A."

Le stage fini, D... est préoccupé par son avenir, il n'a rien trouvé de bien précis, il se sent anxieux, déprimé. Il va quitter l'hôpital sur un coup de tête, revu en consultation il ne travaille toujours pas et n'en a pas grande envie.

Observation N° 6 : P... débile, inculpé d'empoisonnement d'animaux.

Le 13 Mai 1960 P... a répandu de la poudre à doryphore dans le fourrage d'un fermier voisin TH..., de sorte que des bêtes furent malades, il déclara avoir voulu se venger des sévices qu'il avait subis il y a quelques années de ce fermier chez lequel il était ouvrier agricole. La poudre insecticide qu'il utilisa était entreposée dans la cave de son patron actuel L... qui se trouve être le beau-frère de TH.... Les deux parents étaient en mauvais terme. P... a déjà été expertisé en Mai 1956 pour incendie volontaire, Il avait à cette époque mis le feu à des broussailles, feu qui détruisit une plantation de sapin appartenant à son patron, précisément TH...

Il s'agissait déjà d'une vengeance car TH... mécontent de ses services l'avait frappé et avait même été légèrement condamné pour violences. L'expertise mentale d'alors avait retenu chez P... une débilité aux confins de l'arriération, un manque d'autocritique, sa suggestibilité qui devaient faciliter son antisociabilité et faire craindre des récidives. Le rapport concluait à la démence au sens de l'article 64 du Code pénal, à la nécessité d'un internement et d'une observation prolongée.

Hospitalisé le 29/6/56 P... ressort trois mois plus tard de l'Hôpital psychiatrique.

Le 29/6/1956, le certificat de 24 Heures précisait : ... a mis le feu à une meule de paille par vengeance. La solution d'hospitalisation psychiatrique semble peu justifiée. A maintenir provisoirement.

Le 21/9/1956, le certificat de sortie était le suivant : ... n'a pas besoin d'un séjour plus prolongé en H.P. La sortie peut être ordonnée. Le médecin se permettait en effet, d'espérer un reclassement, sollicité qu'il fut par le cultivateur voisin de TH..., son beau-frère L..., qui avait apprécié ses services, et qui se promettait de le guider efficacement. Par ailleurs, son comportement à l'Hôpital paraissait très satisfaisant.

P... fut revu plusieurs fois en consultation par son médecin traitant ; ses patrons qui l'accompagnaient affirmaient sa tempérance et sa relative stabilité. Rien ne pouvait laisser prévoir que P... se livrerait à un nouveau méfait.

Rappelons que P..., pupille de l'assistance publique, n'a pas connu ses parents; peu doué il suivit très mal sa scolarité et depuis travaille toujours comme ouvrier agricole . Ses employeurs successifs le considèrent toujours plus ou moins comme un simple d'esprit. Il avait pu néanmoins satisfaire aux obligations du service militaire.

Aux experts P... se présente l'air buté, le sourire plutôt niais et en dessous ; il répond par monosyllabe . Par moment il paraît indifférent à sa situation. Il s'anime d'avantage et parle plus intelligemment lorsque notre conversation s'éloigne du sujet et de son délit. P... est lucide, calme, bien orienté. Son niveau intellectuel

est celui de la débilité moyenne. Il convient de son ressentiment vis à vis de son ancien patron et de son acte vindicatif à l'égard de celui-ci. Mais il ne manifeste en reconnaissant cela aucune bouffée passionnelle , aucune note agressive. Lorsqu'on évoque les conséquences de son acte, le dommage causé au fermier et, pour lui, la peine d'emprisonnement, il ne réagit apparemment pas. Cette prauveté émotionnelle frappante s'allie par ailleurs à une obstination cachée dans le ressentiment qui évoque une certaine note paranoïaque.

P... ne présente actuellement aucun signe d'intoxication éthylique. Lors de son précédent délit, l'inculpé avait certainement abusé d'alcool et après sa sortie de l'Hôpital une vigilance avait été organisée dans ce sens. P... reconnaît qu'il s'était remis à boire de temps en temps, mais on ne peut prouver que ces abus aient joué un rôle dans son délit actuel. Dans leurs commentaires les experts notent qu'en accord avec l'expertise précédente P... présente une débilité mentale, une arriération affective accentuée par la condition de pupille. La persistance du ressentiment chez ce garçon toujours placé en situation d'infériorité évoque quelque peu la réaction paranoïaque. Sa suggestibilité aussi est à considérer. P... peut avoir servi d'objet dans le différent qui oppose TH... son ancien patron à son patron actuel L... Toutes ces considérations amènent à penser que la sociabilité de P... est fragile dans ce milieu rural et peut être dans la vie en général.

Son hospitalisation s'impose dans la mesure où il fera un long séjour , de préférence dans un service réservé aux malades asociaux. Cette solution s'avère la moins mauvaise, faute de dispositions plus efficaces de défense sociale, inexistantes dans notre pays.

Les experts concluent à l'existence d'anomalies mentales en relation avec l'infraction. Le sujet présente un

état dangereux. Il n'est pas accessible à une sanction pénale mais bien plutôt à une mesure de défense sociale. IL n'est pas curable.

P...sera interné après non-lieu le 2 Septembre 1960 après être resté cinq mois en prison, il quittera le service en sortie définitive le 26 Septembre 1962, il était en sortie d'essai depuis le 24 Mars 1962.

Dans le service P... est très calme, il travaille régulièrement à la culture. Ses patrons décidés à le reprendre viennent lui rendre visite. Sorti, P... sera revu régulièrement en consultation, il va bien, travaille toujours chez son employeur.

CHAPITRE III

LES MALADES DANS LE SERVICE

I - INTRODUCTION

Les problèmes posés par les aliénés criminels ou délinquants se retrouvent tout au long des débats de la société médicopsychologique, surtout au siècle dernier.

Le psychiatre , dans une visée humanitaire, s'est fait le défenseur du malade mental devenu délinquant, il estime qu'il ne peut être injustement puni. Mais, avec l'évolution des concepts psychopathologiques, cela aboutit à l'internement de plus en plus fréquent de malades dont la pathologie ne s'exprime plus à travers des symptômes tels que le délire, l'autisme... mais à travers l'acte qui a eu en quelque sorte pour but de masquer la souffrance de l'individu et pour conséquence de faire souffrir les autres.

BRIERRE DE BOISMONT en 1846 signale la dangerosité de ces aliénés vagabonds et criminels qui troublent la tranquillité des autres malades.

H. COLIN en 1907 constatait qu'ils ne peuvent être admis dans les asiles avec le système de plus grande liberté actuel.

CHANES et VIE en 1944, DAUMEZON en 1946 s'insurgent contre la promiscuité révoltante des psychotiques et des délinquants pervers et vagabonds.

Il y a eu prise de conscience de l'inadéquation de l'asile au traitement de ce type de troubles, d'où la demande de structures nouvelles et la création de possibilités de traitement à l'intérieur des prisons, mais aussi la création des hôpitaux de sûreté et des services de sûreté à l'intérieur des hôpitaux psychiatriques, car écrivait BRIERRE DE BOISMONT, la morale et la sécurité publiques exigent que cet aliéné soit sequestré dans des établissements

spéciaux.

En 1910, le premier service de sûreté sera ouvert à VILLEJUIF sous l'impulsion de Henri COLIN, en 1912 HOERDT ouvert par les allemands, en 1946 MONTDEVERGUES, en 1957 SARREGUEMINES, en 1963 CADILLAC. Nous voyons que depuis l'introduction de nouvelles méthodes thérapeutiques, deux nouveaux services de sûreté ont été créés, comme si les psychiatres préférant les malades réagissant bien au largactil rejetaient les autres.

Mais aussi, la libéralisation introduite dans les hôpitaux psychiatriques, la prolifération des services ouverts semblent avoir pour compléments le service de sûreté et l'hôpital psychiatrique "dépotoirs" de chroniques qui seraient la condition de leurs succès apparents.

Nous allons à travers vingt six observations de malades mentaux délinquants internés parler des problèmes que leur présence a posé dans un service de l'hôpital psychiatrique. Tous ces malades ont été internés dans le même service. Il s'agit d'un service traditionnel dont le régime est celui de la porte fermée.

Les infirmiers ont noté les incidents de la vie du pavillon, les activités des malades, leur comportement, nous disposons aussi des feuilles de traitement et d'exams spéciaux. Sont particulièrement signalés tous les passages à l'acte de ces malades, les comportements agressifs; les informations dont nous disposons sont celles données au médecin, elles peuvent parfois traduire une demande de décision. Nous sommes conscients du caractère incomplet des informations que nous possédons sur la vie des malades dans le service.

II - LA DUREE DE SEJOUR DANS LE SERVICE.

La durée de séjour est résumée dans le tableau suivant :

- inférieure ou égale à trois mois8 Observations
 - de trois à six mois5 Observations
 - de Sixmois à un an5 Observations
 - de Un an à trois ans.....4 Observations
 - de Trois ans et au - dessus.....4 Observations
- Sur ces vingt six malades deux sont encore dans le service ce jour.
 - Seize ont quitté le service en sortie définitive , six d'entre eux après une sortie d'essai.
 - Huit ont été transférés :
 - Cinq vers un hôpital psychiatrique de leur pays ou département d'origine,
 - Un malade a été transféré en clinique privée,
 - deux ont été admis dans un hôpital de sûreté.

La durée moyenne de séjour dans le service est de Dix huit mois. La durée d'internement est bien supérieure étant donné le nombre de transferts (30 %).

Ces chiffres sont voisins de ceux donnés par Y. PRIGENT concernant 119 médico-légaux internés à l'Hôpital psychiatrique SAINT JEAN DE DJEU à LYON entre 1947 et 1960.

Ils sont par contre notablement éloignés de ceux donnés par SIVADON en 1954, pour lequel la durée moyenne de séjour à l'Hôpital psychiatrique pour un malade mental est de 4 Mois. On pourrait donc affirmer que les délinquants internés après non-lieu contribuent grandement à l'encombrement de l'Hôpital psychiatrique.

Parmi les malades dont le séjour est le plus long on trouve ceux dont la dangerosité est manifeste et chronique, s'étant traduite à plusieurs reprises envers les membres de l'institution et pour lesquels des solutions de transfert ont été décidées et obtenues. On trouve aussi des malades totalement désocialisés, chronicisés à l'hôpital psychiatrique.

Ainsi P... interné le 26.10.1962 après non-lieu pour vols de boîtes de conserves, vagabondage dont le certificat de situation mentionne :

"Schizophrène ancien, désocialisé, calme dans le service où il s'occupe mais incapable de trouver une solution réaliste à son avenir".

Quant au malade S... la demande de transfert vers un hôpital de son pays d'origine se heurte au refus du Préfet qui répond :

"en raison de son état de santé, ce malade n'a pas été inscrit sur la liste des malades dont le rapatriement fait l'objet de pourparlers entre les gouvernements français et algérien, concernant exclusivement des malades qui ne sont plus dangereux".

" D'autre part, l'intéressé aurait fait campagne contre les rebelles , ce qui rend peu souhaitable son transfert même s'il avait été possible".

Les certificats de situation mentionnent régulièrement "ce malade bénéficierait d'un transfert pour être rapproché de sa famille".

III- LES MALADES DANS LE SERVICE .

Le souvenir de ces malades persiste bien après leur départ de l'hôpital psychiatrique. Le fait que des charges aient pesées sur eux les différencient des autres malades. La nature de l'acte, la publicité faite autour influent ; ce malade arrive dans le service, on connaît déjà ce que les journaux ont relaté de son histoire, les extraits de presse concernant les infractions sont soigneusement rangés dans les dossiers.

La crainte est de voir les conduites antérieures se répéter dans l'institution, les risques de contaminations des autres malades, la contagiosité du passage à l'acte, ou bien simplement le fait de réveiller l'anxiété des autres malades. L'agitation de ce malade peut provoquer l'apparition d'agressivité chez les autres. Le fait qu'il ait commis une infraction le distingue des malades habituels du service, on attend souvent de lui un comportement agressif ; nous allons essayer de décrire la vie de ces malades dans le pavillon.

Il nous semble que l'on peut distinguer trois grands types de conduite selon le comportement qu'ils ont adopté envers le personnel soignant et les autres malades.

1^o- des conduites que nous appellerons explosives à type agressif avec agitation, bagarres, vols, évasions....à type dépressif ou bien mixte agressif et dépressif. Il est difficile de faire la part qui est réactionnelle à l'internement de celle qui est endogène. De telles conduites posent des problèmes graves au personnel et perturbent l'ambiance institutionnelle.

2^o- Des conduites regressives chroniques ,il s'agit dans ce cas d'une relation minimale adoptée par ce malade envers le personnel et les autres malades.

3^e- Nous parlerons enfin des malades qui n'ont pas posé de problèmes graves de comportement dans l'institution.

1^e- LES REACTIONS EXPLOSIVES :

a) Les comportements agressifs.

Nous avons dans ce groupe neuf observations de malades qui se font particulièrement remarquer par les bagarres avec les infirmiers ou les autres malades, leur impulsivité, des évasions ou des tentatives d'évasion, les vols divers qu'ils commettent, le refus de travail dans le service ou les ateliers d'ergothérapie, les refus de traitement qui semblent bien avoir une signification agressive. Le propre de ces malades est souvent de remettre en cause la hiérarchie officielle du pavillon, ils vont former des sous-groupes qui vont contester les hiérarchies précédentes. Ils vont entraîner les plus suggestibles. Ainsi B... s'évade en compagnie d'un malade débile TH..., agresse l'infirmier de nuit avec deux autres malades. Ils vont susciter des conflits, stimuler des revendications, concevoir des projets d'évasion. Une réflexion souvent entendue "les moins fous sont les plus dangereux", l'infirmier préfère le bon malade, le vrai maniaque, l'halluciné, il sait à quoi s'attendre.

Il faut lire les rapports des infirmiers sur les malades de ce groupe :

- Observation B... (épileptique avec troubles du comportement)
- 21/10/66 - Pénible, se plaint que l'on vide de l'eau dans son lit.
- 23/10/66 - Refus de traitements, d'aliments.
- 3/11/66 - Crise de fureur, brise une vitre.
- 12/11/66 - Revendique, disputes.
- 14/11/66 - met le feu à son lit, à son linge.

- 20.II.66 - cherche la bagarre, insulte le personnel.
- 21.II.66 - Vols divers
- 22.II.66 - dispute, coup de poing à un malade, trouve qu'il respirait trop fort.

Cette liste couvre des pages dans le dossier de ce malade qui après un an et demi de séjour dans le service doit être transféré à l'hôpital de sûreté de SARREGUEMINES avec un certificat du médecin chef mentionnant "Epilepsie avec troubles graves du comportement. Perversité maligne et impulsivité. Délits sexuels répétés, vols incessants, vandalisme, coups envers les autres malades qui menacent de se venger".

Ce malade se trouve encore en service de sûreté.

- Observation M... syndrome discordant avec impulsivité, auteur d'un homicide.
- 2. 7. - Agité agressif.
- 12. 7. - Fait une fracture du crâne à un malade du service.
- 30. 7. - Evasion, réintégré par la police,
- 2. 8. - Evasion, réintégré par la police.
- 9. 8. - Refus de traitement, surnois, agressif.
- 12. 9. - Bagarres. On retrouve une barre de fer cachée dans son vestiaire.

Ce malade algérien, après quatre ans de séjour dans le service, sera par voie d'échange, transféré vers un hôpital d'ALGERIE.

- Observation BA... déséquilibré, inculpé de vols. Il fut transféré vers un hôpital de sûreté après que le médecin ait établi le certificat de situation suivant :

" Médico-légal multidélinquant, interdit de séjour, relé-
gale, asocial. Reconnu irresponsable à la suite d'une affaire
de vol, il se montre difficilement adaptable à la vie hospi-

talière. Il vole les autres malades, frappe certains d'entre eux, et s'est évadé en compagnie d'un débile suggestible. Dans ces conditions il m'apparaît indispensable et urgent de placer ce malade dans un établissement psychiatrique spécialisé pour malades difficiles!

Ces neuf malades ont tous fait des tentatives d'évasion ou se sont évadés une ou plusieurs fois. Ils ont été repris soit par les infirmiers, ou ramenés par leur famille, la majorité est ramenée par la police dans les jours qui suivent le rapport d'évasion. D'autres reviennent d'eux-mêmes dans le service.

De nouvelles infractions n'ont pas été signalées durant leurs évasions. Même évadé, le malade mental demeure juridiquement interné, à moins que le médecin n'ait demandé une mise en sortie définitive. Si l'évadé a commis un préjudice très grave du fait d'une imprudence, ou d'une négligence les responsables de l'évasion peuvent être poursuivis en vertu des articles 319 et 320 du code pénal.

Un malade agresse l'infirmier de nuit afin de s'emparer des clefs en vue d'une évasion avec d'autres malades. A l'inverse un malade psychotique persécuté, dès qu'on lui parle de sortie, supplie qu'on le garde dans le service à l'abri de ses persécuteurs.

La fréquence des évasions pose donc au personnel des problèmes de surveillance, d'autant plus pénibles que l'effectif des infirmiers est réduit, cela risque de favoriser le régime de la porte fermée, alors que des admissions en placement libre se font de plus en plus nombreuses, et que la transition s'effectue vers un régime permissif et plus activement thérapeutique. Les efforts du personnel à assurer la sécurité le rendent moins disponible à d'autres tâches. Le fait qu'il doit

éviter les évasions, assurer la surveillance semble poser clairement le dilemme gardien ou infirmier, la contradiction de son rôle. Il n'y a pas si longtemps que ce vocable d'infirmier a remplacé celui de gardien. Le personnel soignant se trouve confronté parfois à la contradiction qu'il peut y avoir entre les intérêts de l'individu et ceux du groupe. Le psychiatre subit les obligations de sa fonction sociale, il va face au malade, représenter l'autorité, le juge qui ferme la porte de sortie. Il est sans doute difficile de rapprocher cette attitude médicale de la "neutralité" psychanalytique, car apparemment il semble paradoxal d'évoquer la bienveillance.

Le propre de ces malades qui agissent leurs troubles est de nier énergiquement ou avec hauteur qu'ils ont besoin d'être soignés, surtout au milieu des fous. Ils cherchent à induire chez l'autre "mais tu n'es pas malade". Reconnaître leur souffrance est une dévalorisation qu'ils ne peuvent supporter.

Souvent les qualifiera-t-on n'en plus en fonction d'une étiquette psychiatrique, mais selon l'infraction qu'ils ont commise "nos escroc" "un voleur" etc... l'acte prend vite une proportion grandissante, l'auteur d'attouchements à enfant devient l'auteur de viol. Les auteurs de crimes envers les personnes sont vécus comme très menaçants de même que les auteurs de manœuvres sexuelles surtout envers les enfants. Les infirmiers, le personnel soignant auront donc des réactions émotionnelles différentes d'avec les malades mentaux qui peuplent les services.

Une attitude moralisante peut être prise, qui consiste à intérioriser les valeurs de la société, les "options normatives" qui réprouvent la délinquance. Ailleurs, ce peut être une identification au malade délinquant, à rejeter la culpabilité sur la famille par exemple.

Le personnel soignant doit se faire une idée sur la pathologie de l'entrant. Est ce qu'il n'a pas berné l'expert ? est-ce vraiment un malade ?

On peut soupçonner tel malade de visée utilitaire : "dans un cas, nous dit-on , quand il est sorti de l'hôpital psychiatrique, il a touché plus de 10.000 F. de la sécurité sociale, ça vaut quand même la peine, à la sortie de prison, il n'aurait rien touché".

Souvent ce délinquant interné va comparer la prison et l'hôpital psychiatrique "la nourriture, les conditions hôtelières" et induire une culpabilité chez le personnel soignant. B... parle de son dernier séjour à l'hôpital psychiatrique "j'y suis entré comme un agneau, j'en suis sorti comme un loup" "en prison on sait au moins qu'on va sortir, on sait pour combien de temps on y est. J... "j'ai un non-lieu je veux partir de cette maison de fous". C... déclare qu'il veut retourner à la prison, qu'il y serait mieux que dans le service. Le personnel soignant constate qu'il ne connaît pas le monde pénitentiaire.

Réactions agressives et diagnostic psychiatrique :

- Psychose paranoïaque 2 Cas ,
- Déséquilibrés avec fond de débilité 2 Cas,
- Schizophrénies 3 Cas,
- Accès maniaque 1 Cas,
- Epileptique avec troubles graves du comportement 1 Cas.

Nous pouvons donc constater que les réactions de type agressif ne sont pas le propre de malades appartenant à une catégorie nosographique. Elles ne sont pas non plus le privilège des malades internés après non-lieu.

D'autre part, parmi ces neuf malades, six ont déjà été hospitalisés à l'hôpital psychiatrique, parmi ces six malades quatre ont déjà fait un séjour dans le service et présentaient le même type de réactions durant leur internement alors qu'un seul avait été admis après non-lieu. Le malade va donc avoir le comportement qu'il avait lors des séjours antérieurs ; il sait à quoi l'entourage s'attend, il va répéter les mêmes conduites selon la loi de la complémentarité des rôles, et ainsi la structure sociale de l'institution aura tendance à se perpétuer.

Le fait de perturber le climat institutionnel n'est donc pas le propre de malades médico-légaux, ni de malades déséquilibrés. D'ailleurs, l'admission de déséquilibrés antisociaux à l'intérieur des services de l'hôpital psychiatrique, ne se fait pas uniquement après un non-lieu pour épisode médico-légal. Ils seraient même de moins en moins nombreux à bénéficier du non-lieu depuis la réforme du code de procédure pénale (RAPPARD)

Il nous semble qu'ils entrent à l'hôpital psychiatrique essentiellement après une tentative de suicide ou lors d'un épisode dépressif.

Ainsi P..., déséquilibré, hospitalisé après une tentative de suicide, sorti depuis quelques jours du service, vint cambrioler la villa du médecin-chef et se rendit coupable de nombreux vols. Incarcéré, il demanda à sa victime la communication de son dossier médical, afin que son avocat puisse assurer sa défense.

D'autres viennent rechercher l'alibi psychiatrique, ainsi S... qui se fait admettre à l'Hôpital psychiatrique sous prétexte de cure de dégoût. En fait S... est un homosexuel pervers, il a des ennuis avec la justice, il espère que cette hospitalisation sera un argument de poids pour sa

défense, ce qui se confirma.

Comportements agressifs dans l'institution et infractions commises par ces malades .

Les inculpations retenues envers les neuf malades de ce groupe ont été les suivantes :

- Infractions envers les biens : 4 Cas,
- Attentats contre les personnes: 3 Cas,
- Attouchements à enfants : 1 Cas,
- Vagabondage : 1 Cas.

Le fait que des délits peu graves aient été commis n'est donc pas le gage d'un bon comportement dans l'institution.

Comportements agressifs et thérapeutique :

Il n'y a pas un , mais des comportement agressifs, il n'y aura donc pas de thérapeutique univoque. Dans ces conduites, il est difficile de faire la part de ce qui revient aux conflits intrapsychiques ou de ce qui est réactif, mais de toutes façons le milieu est concerné.

- Souvent l'intervention apaisante de l'infirmier proposant l'isolement aura raison de telles conduites.

- Parfois cela est insuffisant, les infirmiers maîtriseront le malade et feront appel à l'interne de garde qui peut prescrire un cocktail lytique type largactil-phénergan -dolosal.

Même si de telles thérapeutiques, peuvent résoudre un épisode aigu, le problème de fond reste posé. Il semble bien que même l'emploi des neuroplégiques à dose élevée ne résout pas le problème. On rencontre une résistance de ces malades aux chimiothérapies habituelles.

Dans d'autres cas, des thérapeutiques de choc furent appliquées. Deux malades eurent des électrochocs, une série de six électrochocs pour un malade, deux séries pour l'autre. Il semble bien que le caractère, la nature de l'agression soient en cause.

Le malade TH... qui au cours d'un accès maniaque commet une agression concertée avec d'autres malades envers l'infirmier de nuit, en vue de s'évader avec d'autres malades eut dès le lendemain matin une série d'électrochocs.

De même dans un autre cas, le malade M... qui agresse le personnel, provoque une fracture du crâne à un autre malade en le frappant avec un baton.

Un autre malade qui présentait un état d'agitation chronique eut une cure de sommeil. Elle dût être interrompue, ce malade résistait aux différents cocktails.

La résolution du conflit peut se faire de façon différente, au malade N... qui maintenait un comportement d'agité, dans le service, le médecin chef donne l'autorisation de sortir du pavillon dans la journée, la situation s'en trouve détendue.

Dans d'autres cas, la persistance de conduites agressives peut entraîner le transfert du malade vers un autre pavillon, un autre hôpital psychiatrique ou un hôpital de sûreté. Mais il semble que le service ait en général fait preuve de tolérance puisque dans quatre cas, ce transfert survient après plusieurs années d'internement. De tels malades posent le problème de la responsabilité du médecin, son rôle de défense sociale, médecin ou mainteneur de l'ordre. Cette responsabilité se trouve engagée non seulement envers la société, mais aussi envers les autres malades et le personnel du service.

b) Réactions de type mixte agressif et dépressif.

Quatre malades peuvent entrer dans ce groupe, il s'agit de : - deux malades paranoïaques,
- deux schizophrènes paranoïdes.

Ces malades ont donc présenté des manifestations dépressives avec troubles du sommeil, de l'appétit, angoisse, idées suicidaires et fréquemment des manifestations hypochondriaques.

R... schizophrène paranoïde apporte un couteau au bureau des infirmiers en leur disant "je n'ai pas envie de me suicider".

Ces phrases dépressives ont alterné avec des phrases d'agitation s'accompagnant d'idées délirantes à thème de persécution pendant lesquelles se sont succédées crises d'agitation, tentatives d'évasion, refus de traitement

Il est peut être un peu artificiel de distinguer dans ces cas là des symptômes de type agressif et d'autre de type dépressif, un comportement d'allure dépressive pouvant avoir une signification hautement agressive.

c) Réaction dépressive .

Nous parlerons dans ce paragraphe d'un seul malade V... déprimé névrotique, inculpé de détournement de pièces comptables, n'ayant pas de passé judiciaire ni psychiatrique , et pour lequel l'expert conclut à la nécessité de l'internement, n'étant pas assuré que le malade pourra se résoudre à se faire soigner ou que sa famille pourra prendre une telle décision.

Ce malade va refuser le statut de malade mental au milieu des fous, il va refuser traitement et nourriture,

Ce comportement dépressif ayant dans ce cas une fonction d'appel, visant à obtenir une aide, un secours, ce malade sera transféré vers une clinique privée au bout de huit jours, avec le certificat suivant :

"Etat dépressif avec aboulie, apragmatisme chez un éthylique ancien. Placement justifié, mais le transfert dans le service fermé d'une clinique privée peut être effectué sans inconvénient".

Il faut noter que ce patient est le seul dans nos observations qui était en situation de "prévenu libre" avant l'internement et que, comme l'écrit l'expert, il aurait été vraisemblablement condamné à une amende.

Dans notre groupe de vingt six malades, de telles réactions sur un mode dépressif sont donc peu fréquentes dans les suites de l'internement. Aucun n'a fait de tentative de suicide, et il n'y a pas eu de suicide pendant la durée de l'internement.

Ces réactions semblent par contre, relativement plus fréquentes à la maison d'arrêt, visant à obtenir une aide.

2° - MANIFESTATIONS REGRESSIVES :

Deux malades, un schizophrène ancien et un psychotique paranoïaque vont présenter des manifestations régressives importantes, ils sont toujours hospitalisés à l'hôpital psychiatrique.

S... psychose avec des traits paranoïaques évolua vers la désagrégation schizophrénique, avec apparition de symptômes régressifs . Il n'a pas quitté le service.

P... schizophrène ancien, désocialisé, abandonne la lutte, s'installe dans la passivité, évite les con-

tacts interpersonnels, il semble qu'il n'espère plus atteindre un type de relations humaines satisfaisant. Il s'installe dans une sorte de statu-quo qui mène à la chronicité. Dans ce cas, le patient et le personnel se perçoivent d'une façon stéréotypée, il y a un désintéressement mutuel qui est la solution tacitement acceptée. Ce malade est toujours à l'hôpital psychiatrique installé dans la chronicité sans projets d'avenir. IL s'agit d'une relation particulière du psychotique chronique caractérisée par la possibilité qu'il a, et qu'on lui offre de regresser à un niveau très archaïque, et de maintenir cette répression. C'est une relation minimale qui lui permet de réduire à un niveau très bas le contact avec la réalité et les frustrations qui en découlent.

Pour ces deux malades la survie d'un tel type de relation ne peut être assumée qu'à l'abri d'un cadre spécifique ; l'hôpital psychiatrique aménagé dans ce sens.

3°- LES MALADES NE POSANT PAS DE PROBLEMES DE COMPORTEMENT.

Nous avons vu précédemment les observations de malades s'exprimant sur un mode "explosif", d'autres qui adoptent le comportement de "chroniques", nous parlerons maintenant de dix malades qui n'ont pas posé de problèmes de comportement.

Le silence des dossiers paraît assez révélateur à ce sujet, si bien que nous avons des difficultés à évoquer leur séjour hospitalier, d'autant qu'ils ont vécu le plus souvent en dehors du pavillon, certains occupant des emplois aux services généraux de l'Hôpital.

Il s'agit de:

- trois déséquilibrés,

- un névrotique (A.. Pédophile obsessionnel)
- deux débiles,
- trois psychotiques (D... Héboïdophrène)
(C... schizophrène paranoïde.)
(BEN H... présentant un syndrome schizophrénique avec impulsions.

- Un malade S.BEN A... pour lequel des troubles mentaux n'ont pas été retrouvés dans le service.

Huit de ces dix malades n'ont pas d'antécédents d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Par contre, six ont des antécédents judiciaires chargés, deux d'entre eux ont eu plusieurs non-lieu, au titre de l'article 64 du Code pénal.

Trois malades psychotiques qui présentaient une première poussée schizophrénique se sont rapidement améliorés sous l'effet de la chimiothérapie, et ont pu quitter le service après quelques mois de séjour.

Ainsi, Observation BEN H...

Le 9/6/62 certificat de 24 Heures, présente un syndrome schizophrénique avec propos hermétiques concernant le paradis, les événements politiques, idées de persécution.

Le 28.7.62 certificat de sortie, a présenté des troubles qui ont disparu sous l'influence du traitement. Sujet calme, et lucide dont la sortie peut être ordonnée.

Deux malades débiles travaillent régulièrement, occupent des emplois à la culture. Un réintègre sa famille, l'autre ouvrier agricole va retourner chez son employeur.

Pour A... débile profond, inculpé d'outrage public à la pudeur, l'expert écrivait : " c'est un grand arriéré psychique et affectif, aux confins de l'idiotie congénitale, inadaptable et inéducable, inconscient de la portée de ses actes et totalement asocial". Après avoir eu un très bon comportement à l'Hôpital A... pourra sortir, réintégrer sa famille et son village. Il est sorti en 1961, il vit ce jour dans sa famille, il n'y a pas eu de récidive judiciaire.

Trois malades déséquilibrés ont eu un bon comportement à l'Hôpital. Ils y ont occupé des emplois aux services généraux où ils ont donné entière satisfaction. Ils viennent pour la première fois à l'Hôpital psychiatrique après de nombreux séjours en prison. Ils sont restés entre deux et cinq mois dans le service.

Le 2.2.63. Certificat de 24 Heures de K...
"est un déséquilibré, instable et délinquant".

Le 3.4.63. Certificat de sortie
"est un sujet instable qui dans le service a eu un comportement exemplaire. Décidé à retourner dans sa famille, il peut bénéficier d'une mesure de sortie".

Durant son séjour K... disait au médecin du service :

"Je ne désire qu'une chose, rentrer chez moi. Je crois pouvoir vous dire que tant que je serais ici, mon comportement risquera de vous paraître anormal. On ne se conduit pas normalement quand on est enfermé, ensuite, l'endroit où je suis ne me plaît guère, pour ce qui est du point de vue matériel, et puis je m'y sens seul, je n'ai pas rencontré d'amitié, et par instants je regrette la prison où j'avais des amis".

De même M... déséquilibré, fugueur et délin-

quant, eut un "comportement tout à fait normal dans le service, et pût rejoindre sa famille qui en exprimait le désir".

Dans ces cas, il semble que le personnel soignant ait eu une attitude de fermeté, "il y a eu un premier round d'observation où chacun prend la mesure de l'autre", nous disait un infirmier. Ces sujets vont souvent essayer en effet, de voir les réactions de l'autre, l'usage qu'ils peuvent en faire, aussi est-il important de maintenir à leur égard la stabilité, et la continuité dans l'attitude psychothérapique et de ne pas changer de décision lorsqu'elle est prise. La bonne adaptation à la vie hospitalière ne semble pas être le gage d'une bonne adaptation ultérieure à la sortie de l'Hôpital, puisqu'une récidive judiciaire survint très rapidement pour deux d'entre eux. Ces trois malades ont occupé très rapidement un statut très particulier, celui de travailleur, ils réintégraient le pavillon au repas de midi et le soir. Ils contestaient le statut de malade mental.

TABLEAU RECAPITULATIF

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Comportement envers le per- sonnel soignant et les autres malades	Symtômes explosifs 14 Cas	Symtômes régressifs Chroniques 2 Cas	Bon comportement 10 Cas
THERAPEUTIQUE	NEUROLEPTIQUES Traitements de Choc (Electrochocs (Cure de som- meil	NEUROLEPTIQUES ERGOTHERAPIE	ERGOTHERAPIE Hypnotiques ou Neuroleptiques
DUREE DE SEJOUR	Longue	Chronicisation	Brève
SORTIE	Fréquence des transferts (8 Cas sur 14)	Pas de sortie	Sortie directe le plus souvent après 4/5 Mois
ANTECEDENTS D'HOSPITALISATION en milieu psychiatrique	dix fois sur quatorze	dans les deux cas	deux fois sur dix
ANTECEDENTS JUDICIAIRES	Dans 5 Cas (non-lieu dans trois cas)	Un cas (non-lieu)	Sept cas (non-lieu dans deux cas)

En conclusion, le comportement de ces malades dans l'institution nous a permis de distinguer des malades ayant eu :

1^o- des conduites explosives sur un mode agressif, dépressif, ou mixte (14 Cas).

2^o- des conduites régressives chroniques (2 Cas)

3^o- Un bon comportement (10 Cas)

Les conduites agressives avec bagarres, évactions, délinquance ... ne sont pas le propre de médico-légaux. Elles ne sont pas non plus automatiquement le fait d'individus ayant commis des infractions graves. Il nous semble qu'elles ont été relativement bien tolérées dans l'institution de type classique. Mais, avec l'évolution des thérapeutiques institutionnelles, des "communautés de soins", il semble que de tels malades seront plus difficilement tolérés et que se multiplieront des sections spéciales auxquelles ils seront affectés, alors que dans de nombreux cas, leur présence paraît essentiellement d'ôe au fait qu'il n'existe pas d'équipement d'assistance aux délinquants. Le délinquant préfère souvent la prison à l'Hôpital psychiatrique, et refuse le statut de malade mental.

Cette présence à l'Hôpital psychiatrique révèle donc l'imperfection des structures actuelles et certaines incidences de ces structures sur le comportement humain.

C H A P I T R E I V

SORTIE ET DEVENIR DE CES VINGT SIX MALADES

SORTIE ET DEVENIR

Lorsqu'on parle de la sortie et du devenir de malades mentaux, ou de délinquants, on peut constater que le mythe de l'incurabilité reste encore fortement ancré dans l'opinion publique. Pourtant dans d'autres domaines tels que " le traitement des débiles mentaux et d'affections chroniques, de nouvelles thérapeutiques dissipent le scepticisme".M.COLIN.

Cette incurabilité est - elle un mythe ? doit-on sacrifier un groupe de notre société ?

Cependant, tous les jours, des malades mentaux sortent de l'Hôpital psychiatrique, des délinquants sortent de la prison. La presse se fait l'écho de la criminalité psychiatrique, elle relate les récidives des détenus à la sortie de la prison. Dans un article, M. LECOMTE énumère des faits suggestifs, et donne soixante cinq exemples de crimes d'aliénés commis à la sortie de l'Hôpital psychiatrique, et pense que leur étude devrait être poussée à fond, afin d'en réduire la fréquence et la gravité, car certains cas sont évitables.

D'autre part, il semble pourtant que le fait que la société est peu protégée par les sanctions légales, fut et continue d'être négligée.

Il est curieux écrit S. BUFFARD qu'on demande volontiers à un traitement psychologique de se justifier alors qu'on ne demande rien au traitement pénal, et qu'on ne lui fasse pas grief des récidives, par exemple.

Dans cette étude portant sur vingt six observations, nous avons d'après les antécédents médicaux judiciaires pu constater que pour 9 malades l'épisode médico-légal

qui motive le non-lieu actuel , se situe après une ou plusieurs hospitalisations en milieu psychiatrique ; cinq autres ont bénéficié déjà du non-lieu, une ou plusieurs fois, pour un troisième groupe comprenant aussi cinq observations, le non-lieu survient après un passé judiciaire chargé, de nombreuses expertises neuro-psychiatriques à l'occasion des délits antérieurs ont conclu à l'atténuation de la responsabilité.

Le dernier groupe compte sept observations de délinquants primaires, n'ayant pas d'antécédents psychiatriques dans ces cas l'affection psychiatrique a été reconnue au moment de l'expertise.

Il s'agit donc dans 19 Cas de "déviants chroniques" coutumiers de la rechute de la récidive. Pour cinq d'entre eux, l'échec de la sanction légale, de l'incarcération semble être prouvé. Pour quatorze , c'est semble t-il l'échec du traitement psychiatrique.

Tous, se sont retrouvés dans un service de l'Hôpital psychiatrique. Nous allons aborder le problème de la sortie et du devenir de ces vingt six malades, plusieurs années après l'épisode médico-légal.

I - LA SORTIE .

Nous verrons successivement, ce que prévoit la loi , et quelles ont été les modalités pratiques de la sortie de nos malades.

CE QUE PREVOIT LA LOI :

La sortie des aliénés délinquants ou criminels est un grave problème, qui est au centre de la plupart des discussions (LECULIER).

On a souvent reproché aux médecins , de ne pas s'entourer de précautions suffisantes et de garanties.

Sortant de la prison, ce malade délinquant reconnu irresponsable est inscrit comme "libéré". En pratique, l'autorité judiciaire ignore donc le sort du délinquant interné après non-lieu. Les décisions de placement à l'Hôpital psychiatrique, de maintien , de sortie vont être prononcées par l'autorité administrative. La justice se désintéresse totalement du délinquant. Il n'existe aucune articulation légale entre l'autorité judiciaire et le Prefet qui, seul , a compétence pour prononcer l'internement d'office.

En règle générale, le ministère public prévient le Prefet que l'individu a été relaxé, pour cause de démence.

En ce qui concerne la sortie, la plupart des auteurs souhaite que la décision de sortie soit transférée à l'autorité judiciaire ou mieux à des commissions médico-judiciaires, qui donneraient un avis préalable. Toutefois, si une commission de sortie médicale ou médico-judiciaire devait être créée, quel rôle pourrait-elle avoir, si ce n'est de donner sa garantie à une sortie décidée et préparée par le médecin, car c'est lui, qui connaît le mieux le malade. Il lui appartient, semble t-il de décider de la sortie comme de

refuser les sorties impossibles.

Le fait que les médecins chefs se disent préoccupés par les lourdes responsabilités encourues par la sortie de malades difficiles, ne correspondrait-il pas au besoin narcissique qu'ils peuvent éprouver en se plaignant ? LE MARITAIN.

Si, nous regardons ce qui se passe à l'étranger, dans les autres pays d'EUROPE, des dispositions spéciales envers les aliénés criminels sont prévues par le code pénal. Le retour à la liberté est entouré de conditions. L'autorité qui prononce la décision de sortie, le plus souvent, c'est le tribunal, parfois, une commission médico-judiciaire, rarement la seule autorité administrative.

D'autre part, la sortie est conditionnelle, reste provisoire. Il en est ainsi en BELGIQUE, en DANEMARK, en HOLLANDE, en ANGLETERRE.

En FRANCE, la loi de 1838 ne prévoit pas de mesures spéciales, pour les aliénés criminels.

MODALITES DE LA SORTIE :

Il faut d'abord dire que deux parmi ces vingt-six malades n'ont pas quitté le service, où ils sont respectivement depuis 5 et 6 ans.

Pour les 24 autres, nous pouvons distinguer trois modalités de sortie :

- sortie par transfert (8 Cas),
- sortie d'essai (6 cas),
- sortie définitive (10 cas).

1°- les transferts -

Huit malades ont été transférés :

- deux en hôpital psychiatrique de sûreté :

. Observation d'un épileptique avec gros troubles du comportement, transféré après un an et demi de séjour dans le service.

. Observation d'un déséquilibré pervers, fond de débilité, transféré après un mois de séjour dans le service.

- Un malade a été transféré en clinique privée après être resté huit jours dans le service, il s'agissait d'un malade présentant une dépression névrotique, l'expert ayant demandé l'internement, car le sujet qui aurait vraisemblablement été condamné à une amende , était lui-même incapable de prendre la décision de se soigner. Refusant tout traitement à l'Hôpital psychiatrique " au milieu des fous", il va accepter un traitement en clinique privée.

- Cinq malades seront transférés vers un autre hôpital psychiatrique.

. dans quatre cas, il s'agit de transferts vers l'Hôpital psychiatrique de leur pays ou département d'origine. Deux algériens sont transférés à l'Hôpital psychiatrique de BLIDA, par voie d'échange, après trois et six ans de séjour dans le service. Deux autres malades sont transférés, après deux et huit mois, vers l'Hôpital psychiatrique d'un département voisin.

Ces transferts, devaient permettre aux malades de récupérer des relations familiales et la continuité de la post-cure.

. Dans une autre observation, le transfert vers un autre hôpital psychiatrique, fut motivé de la façon suivante, par le Médecin: " ce malade présente un syndrome délirant de persécution, structure paranoïaque , le fait que sa femme est infirmière à l'Hôpital, fait qu'il doit être transféré dans un autre hôpital psychiatrique".

2^e- Les sorties d'Essai-

Six malades ont bénéficié de sorties d'essai. Dans deux cas, une réintégration fut faite, alors que le malade était en sortie d'essai suivie d'ailleurs, assez rapidement d'une mise en sortie définitive. Durant la sortie d'essai, la réintégration peut se faire à tout moment sans formalités.

Dans deux cas, la sortie d'essai fut d'une durée égale à un mois. Pour les autres, de trois à quatorze mois. Dans le cas de M... psychose paranoïaque, resté quatorze mois en sortie d'essai, venu très régulièrement en consultation, un résultat positif est acquis avec cinq ans de recul. Nous pouvons remarquer que durant la sortie d'essai, aucun de ces six malades n'a commis de nouvelle infraction. Cette sortie d'essai, pose néanmoins un problème : celui de la responsabilité du malade en sortie d'essai, soit sur le plan pénal, soit sur le plan civil, et celui de la responsabilité éventuelle du médecin qui a provoqué la sortie. LE GUEUT.

En effet, tant qu'un malade mental n'a pas obtenu sa sortie définitive, il reste inscrit au registre de l'établissement, la préfecture ne l'a pas rayé de sa liste.

3^e- Les sorties définitives -

- Dix malades ont été mis directement en sortie définitive.
- Six autres, après une sortie d'essai.

La durée de séjour dans le service pour les malades mis directement en sortie définitive, est comprise entre deux et six mois.

Il s'agissait de malades "suffisamment améliorés, pour que la sortie puisse être ordonnée".

Parmi les critères de sortie, il y a bien sûr, l'état mental du malade, le comportement dans l'institution.

Mais, du fait de l'internement, faute d'occasions, la dangerosité risque de ne pas être apparente. Le malade ayant l'apparence de bien se comporter, que les infirmiers donnent cours très raisonnable, qui sait se faire oublier dans le service, ne risque-t-il pas de "récidiver" dès sa sortie ?

Comment apprécier, par exemple, l'amélioration de A... pédophile obsessionnel dont les infractions successives consistaient à faire des attouchements aux organes génitaux de jeunes garçons ?

D'autre part, il est parfois douteux, qu'au cours des premières semaines, ou des premiers mois, qui constituent une période d'adaptation à l'institution quelque chose d'authentique apparaisse. C'est après que le sujet pourra peut être répéter les grandes lignes de ses conduites antérieures.

Mais pourquoi retenir à l'Hôpital psychiatrique, M... que l'expert décrit comme un débile aux grosses anomalies caractérielles et qui, pendant les quatre mois de séjour dans le service a présenté un comportement, tout à fait normal, a travaillé régulièrement et a donné toute satisfaction, alors que la famille exprime le désir de le reprendre ?

La sortie des délinquants malades mentaux pose donc le conflit du psychiatre à respecter les intérêts de l'individu, sans négliger les intérêts du groupe. Ce conflit à savoir, qui sacrifier de l'individu ou de la société, se retrouve particulièrement éloquent, à propos de l'épilepsie. La société dans la crainte des accidents et des crises inopinées, reclasse le comitial et ne lui confie que des tâches compatibles avec son infirmité (DAROGNET). On lui déconseille de conduire un véhicule, de travailler en hauteur etc..., ce malade l'est donc deux fois neurologiquement et socialement. Seulement, des cliniciens ont pu remarquer, que plus l'effort

qu'on exige de lui, demande une participation active, de la vigilance, des audaces, plus les crises se rarefient . Pour se défendre d'une éventualité et se prémunir contre une crainte le groupe peut-il condamner et aliéner un de ses membres.

A côté de l'amélioration de l'état mental, les possibilités de sortie tiennent aussi au rétablissement de relations familiales.

Ainsi, pour K... déséquilibré multirécidiviste qui recherchait sa mère depuis 4 Ans, les recherches de l'assistance sociale firent qu'il put rejoindre sa famille, en quittant l'Hôpital psychiatrique. Le médecin traitant peut poser des conditions préliminaires à la sortie, Par exemple, recherche d'un emploi .

C'est le cas de A... qui pût sortir après avoir trouvé un emploi de secrétaire, d'un mouvement de soutien aux alcooliques.

Le médecin peut aussi demander au malade sortant de revenir en consultation, ou bien de se mettre en rapport avec un dispensaire, s'il quitte la région. Mais, en pratique, une fois sorti de l'Hôpital, ce malade est libre de revenir ou non en consultation. Il semble que certaines sorties nécessiteraient des conditions clairement définies pour chaque cas particulier. Cela ne devrait pas se limiter à la surveillance, il serait aussi nécessaire d'instituer parfois, une aide économique et un soutien psychothérapique.

II - LE DEVENIR .

Les études sur le devenir soulèvent bien des difficultés. Comment est-il possible en effet, de faire un rapport entre le comportement ultérieur et les effets de l'institution ?

Le bon et le mauvais résultat peuvent être dus à des facteurs étrangers, ainsi qu'aux efforts de l'institution. A ces difficultés, s'en ajoutent d'autres bien pratiques, ces malades changent souvent de domicile, de nombreuses lettres nous sont revenues avec la mention "parti sans laisser d'adresse". C'est en effet, le propre de certains malades que de voyager beaucoup.

Un médecin affecté à un Hôpital de sûreté écrit : " pour ma part, la moitié des succès que je peux affirmer, concerne les malades qui sont allés à l'étranger, et souvent fort loin".

Nous allons voir ce qu'il en est pour ces vingt six malades , dont le début d'hospitalisation après ordonnance de non-lieu se situe, dans la grande majorité des cas entre 1960 et 1963.

Ce devenir est résumé dans le tableau de la page suivante.

CE QUE SONT DEVENUS CES VINGT SIX MALADES :

SEPT MALADES SONT PER-
DUS DE VUE , ou bien on
 n'a pu réunir sur eux
 des renseignements pré-
 cis :-3 déséquilibrés,
 -2 Névrotiques
 -2 malades algé-
 riens ayant présenté un
 syndrome schizophrénique

UN MALADE EST DECEDE

Transféré vers l'Hôpital psychia-
 trique de son département d'ori-
 gine, R... en sortit peu de temps
 après . Il fut réhospitalisé au
 bout de six mois, et mourut qua-
 rante huit heures après sa réhos-
 pitalisation.

VIVENT A L'EXTERIEUR

Six malades

-deux débiles :

 . un vit chez ses
 parents
 . l'autre, ouvrier
 agricole est resté chez
 son employeur.

-Quatre malades "psychotiques"

occupent une situation auto-
 nome dans le milieu social,

ONT FAIT DEUX RECHUTES OU PLUS
AYANT MOTIVE UNE REHOSPITALISATIO

Cinq malades

Il s'agit de cinq malades psycho-
 tiques réhospitalisés de deux à
 cinq fois. Ils n'ont pas commis
 de nouvelles infractions.

Trois d'entre eux sont pensionnés
 de la SECURITE SOCIALE.

ONT COMMIS DE NOUVELLES
INFRACTIONS

Trois malades

- Deux "déséquilibrés"

Un accumule les récidives,
 il vient de bénéficier d'un
 non-lieu. Un autre fit une
 récidive, sorti de prison,
 il s'est marié récemment.

- Un schizophrène clochar-
 disé, oscille entre la pri-
 son et l'H.P. Il a été ré-
 admis à l'H.P. venant d'un
 service de pneumophtysiolo-
 gie.

SONT TOUJOURS HOSPITALISES
en milieu psychiatrique

Quatre malades

- deux schizophrènes désocialisés
 n'ont pas quitté le service.

- Un épileptique transféré en
 hôpital de sûreté n'en est pas
 sorti.

- Un malade transféré vers un
 Hôpital psychiatrique d'ALGERIE
 y est encore.

1°- SEPT MALADES SONT PERDUS DE VUE .

Il s'agit de malades qui ont quitté la région lyonnaise, et pour lesquels nos recherches ont été vaines.

En ce qui concerne J..., déséquilibré débile, nous avons demandé de ses nouvelles à l'Agent de probation d'un département voisin, qui nous écrit "ne pouvoir communiquer les renseignements sans l'accord du Ministre de la Justice".

Quant à B... déséquilibré pervers, transféré en hôpital de sûreté, en 1962, sa trace n'a pû être retrouvée.

2°- QUATRE MALADES SONT TOUJOURS HOSPITALISES EN MILIEU PSYCHIATRIQUE .

- Deux malades schizophrènes chroniques, désocialisés sont restés dans le service. Ils y sont maintenant depuis plus de cinq ans, et ne font pas de projets d'avenir. La demande de transfert de l'un vers un hôpital psychiatrique d'ALGERIE, proche de sa famille, s'est heurtée au refus du Préfet.

- Un malade B...épileptique pervers, transféré en AVRIL 1967 à l'hôpital de sûreté de SARREGUEMINES, n'est pas sorti. Le Médecin-chef de SARREGUEMINES nous écrit : "le pronostic est assez difficile à esquisser, ce qui laisse supposer qu'il n'est pas des meilleurs. La commission médicale des sorties, devant laquelle il sera présenté ultérieurement pourrait prendre une des trois décisions suivantes :

- soit maintien en service de Sûreté,
- soit retour au VINATIER,
- soit, enfin, sortie définitive.

Cette dernière éventualité m'apparaît peu probable.

Personnellement, je ne vois qu'un retour dans un service ordinaire d'un hôpital psychiatrique de structure

classique, lorsque son comportement sera mieux stabilisé".

- Un autre malade M... présentant un syndrome discordant avec impulsion, n'a pas quitté l'Hôpital psychiatrique d'ALGERIE, vers lequel il a été transféré en 1963.

3° - TROIS MALADES ONT COMMIS DE NOUVELLES INFRACTIONS.

- Deux déséquilibrés K... et B... ont récidivé, peu après leur sortie de l'Hôpital.

K... est actuellement hospitalisé en milieu psychiatrique après non-lieu. Depuis son séjour dans le service, où son comportement avait été satisfaisant, il a mené une vie vagabonde accumulant fugues et délits; il a fait plusieurs séjours en prison. Le médecin qui l'a reçu après non-lieu nous dit qu'il est assez ennuyé, "K... est un individu très sympathique, mais je suis obligé de le surveiller de très près afin d'éviter qu'il ne s'évade. Je pense l'envoyer à SARREGUEMINES, qui me paraît mieux adapté pour les déséquilibrés".

B... dont le comportement avait été bon dans le service a récidivé et purgé une peine d'emprisonnement. Sorti de prison, il s'est marié récemment.

- C... schizophrène paranoïde, sorti de l'Hôpital, va, après le suicide de sa mère, mener une vie errante. Clochardisé, il va tantôt en prison, tantôt à l'Hôpital psychiatrique. Il est revenu au VINATIER, adressé par un service de pneumophtysiologie. Il aurait présenté des impulsions envers le personnel soignant et les autres malades. Le pronostic semble défavorable, on ne peut envisager de solution d'avenir en dehors de l'hôpital psychiatrique, d'autant que C... est rejeté par sa famille.

4°- CINQ MALADES ONT FAIT DEUX RECHUTES OU PLUS AYANT MOTIVE UNE REHOSPITALISATION :

Il s'agit de cinq malades psychotiques ayant été réhospitalisés de deux à cinq fois ; ils vivent autant à l'Hôpital psychiatrique qu'à l'extérieur, où ils sont régulièrement suivis en consultation. Ils prennent un traitement chimiothérapique de façon continue. Trois sont pensionnés de la Sécurité Sociale. Le pronostic est donc assez réservé. Aucun de ces malades n'a commis de nouvelles infractions. Pour deux d'entre eux, la rechute se fit sur un mode dépressif.

S..., schizophrène présente un syndrome mélancolique au cours de sa réhospitalisation, très culpabilisé par le précédent délit, il demande qu'on le punisse, qu'on le mette dans une cellule.

Il semble que même chez des malades psychotiques, la sanction pourrait avoir une valeur thérapeutique. L'absence de sanction est aliénante, qui irresponsabilise l'infacteur. Déclaré non coupable par la société, ce malade garde tout le poids de sa culpabilité.

Aliéné ne veut pas dire irresponsable. Le problème serait de déterminer la capacité d'un individu, de rencontrer sa propre responsabilité. Une sanction peut servir dans la mesure où celui qui en est l'objet est capable de rencontrer sa peine. "On peut considérer comme probable que l'avenir jugera durement certaines tendances actuelles à supprimer la notion de faute et de repentir " E. DE GREFF.

Le fait que ces rechutes psychiatriques ne se soient pas accompagnées de nouvelles infractions, tendrait à prouver que la récidive judiciaire est relativement indépendante de la persistance de l'anomalie mentale,

5°- SIX MALADES VIVENT A L'EXTERIEUR :

- Deux débiles :

A..., débile interné en 1960 à la suite d'exhibitionnisme, est retourné six mois après dans sa famille. L'Assistante sociale, nous écrit qu'il vit chez ses parents à la campagne ; le père éthylique règne sur sa famille, commande et régenté toute l'exploitation. A... est bien accepté au village, participe aux fêtes, aux banquets... mais son père craint toujours des gestes déplacés. L'avenir semble très précaire, lorsque le père ne sera plus là pour diriger l'exploitation.

P..., débile avec traits paranoïaques internés en 1961, après empoisonnement d'animaux est retourné en 1962 chez son employeur, celui-ci en est très satisfait, et donne de ses nouvelles par lettres. P... prend un traitement sédatif que lui administre sa patronne.

- Quatre psychotiques vivent autonomes dans le milieu social :

M..., algérien, psychose paranoïaque, inculpé de coups et blessures volontaires sera interné le 13 Juin 1959, il quitte le service en 1961 et sera régulièrement suivi en consultation pendant plus d'un an. Il s'est ensuite installé en ALGERIE avec sa famille. Il se porte bien.

TH..., accès maniaque, vagabondage sorti fin 1960, après avoir eu un comportement agressif dans l'institution, fera une rechute dépressive pour laquelle il fut hospitalisé deux mois. Il fit ensuite une adaptation satisfaisante.

R..., psychose paranoïaque, inculpé de violences précédentes non-lieu dans les antécédents, présenta de gros troubles du comportement dans l'institution. Sorti de l'Hôpital R... s'est bien adapté.

C..., schizophrène avec fond de débilité vit chez sa mère depuis sa sortie de l'Hôpital psychiatrique et travaille régulièrement.

Trois de ces quatre malades ont eu un comportement agressif durant leur séjour hospitalier, peut être est-il normal que le malade manifeste de l'agressivité, la passivité semble de moins bon augure quant à l'avenir.

Cette étude porte sur un nombre trop limité de cas, pour que nous ayons la possibilité d'en tirer des conclusions générales. Toutefois, à propos du devenir, nous pouvons retrouver la distinction que nous faisons sur le plan clinique en délinquants psychotiques, oligophrènes et avec lésion organique cérébrale d'une part, et délinquants déséquilibrés et névrotiques d'autre part.

- Le devenir des délinquants psychotiques oligophrènes et avec lésion organique cérébrale, nous est connu dans dix sept cas sur dix neuf. Le pronostic paraît assez défavorable puisque quatre n'ont pas quitté les structures psychiatriques, et que sept y sont revenus une ou plusieurs fois. Six seulement, vivent à l'extérieur dans le milieu social où quatre d'entre eux occupent une situation autonome. Nous remarquons la fréquence des rechutes psychiatriques qui n'ont pas été accompagnées de récidives judiciaires, ce qui semblerait prouver qu'il y a une relative indépendance entre la persistance des anomalies mentales, et les conduites délictueuses. Nous notons aussi que le fait que des malades aient eu un comportement agressif dans l'institution ne présage pas de l'avenir. La post-cure de ces malades ne semble pas poser des problèmes bien différents de celle des malades mentaux ordinaires.

-Dans le cas de déséquilibrés et névrotiques
le devenir nous est connu dans deux observations sur sept
seulement. Il s'agit de deux malades qui ont récidivé peu
après leur sortie de l'Hôpital psychiatrique. Ces malades ne
sont pas revenus en consultation, il n'y a pas eu de post-cure:
ils changent souvent de domicile, et demandent rarement à
être soignés surtout au milieu des fous.

C O N C L U S I O N S

S'il est un mot qui paraît revenir souvent à la lecture des différents travaux sur les malades mentaux délinquants ou criminels, c'est bien le mot problème.

Ce problème, nous avons essayé de le poser sous forme de questions à propos de l'étude d'un groupe de vingt six malades de sexe masculin internés dans un service de l'Hôpital psychiatrique après non-lieu, au titre de l'article 64 du Code pénal.

1^o-Pourquoi ont-ils bénéficié du non-lieu ?

Les délinquants internés après non-lieu sont dans dix neuf de nos vingt six observations des malades mentaux dont l'aliénation semble bien caractérisée (psychotiques débiles). Toutefois, dans les observations de déséquilibrés (5 Cas) et de névrotiques (2 Cas) d'autres justifications sont données par les experts, qui tiennent à la carence en solutions institutionnelles, à la nature de l'équipement psychiatrique et pénitentiaire, au problème de la responsabilité atténuée, et peut être aussi aux réactions affectives qui naissent de la rencontre inculpé-expert.

2^o-Comment s'est passé leur séjour à l'Hôpital psychiatrique ?

La durée du séjour dans le service est en moyenne de 18 Mois. Selon le comportement qu'ils ont adopté envers le personnel soignant et les autres malades, on peut distinguer des malades présentant des conduites explosives, des conduites de passivité, et ceux qui n'ont pas posé de problèmes de comportement.

De telles conduites ne sont pas le propre

de malades médico-légaux. La gravité de l'infraction ne présage pas de la dangérosité de son auteur dans l'institution. Il nous semble que ces malades ont été bien tolérés dans le service.

3°- Quel a été leur devenir ?

La loi de 1838, ne prévoit pas de mesures spéciales en ce qui concerne la sortie et le devenir des malades mentaux internés après non-lieu. Les critères de sortie semblent bien difficiles à préciser. L'adaptation à la vie hospitalière ne semble pas être le gage d'une bonne adaptation après la sortie. L'agressivité pendant l'internement n'est pas forcément de mauvais pronostic.

Le devenir paraît démontrer la relative indépendance entre la persistance des anomalies mentales et les récidives judiciaires.

Il semble confirmer la nécessité de relations continues avec l'équipe soignante, d'une surveillance, d'une aide psychothérapique, et pose le problème de l'assistance au malade mental comme au délinquant. Cela est en faveur d'une augmentation des échanges entre magistrats, médecins, et tous les auxiliaires de la justice.

Le Président de la Thèse
Professeur Paul GIRARD

Vu, le Doyen

J.F. CIER

Vu et permis d'imprimer
LYON, le 24 MAI 1968

Le recteur, Président du
Conseil de L'Université
p. LOUIS.

B I B L I O G R A P H I E

- 1- ABELY (X...) Responsabilité pénale des directeurs
et médecins des établissements psy-
chiatriques en cas d'évasion .
Inform.Psych. 1962 P.475 , 591.

- 2- BARDENAT Ch. Criminalité et délinquance dans
l'aliénation mentale chez les indi-
gènes algériens.
Annal. Méd.Psych.1948 T 2-N°3 & 4

- 3- BAUDOUIN (de),HAUMONTE, BESSING et GEISSMANN P.
Etude d'une population de 97 meurtriers
internés. Etude médico-légale,clini-
que et électroencéphalographique.
Annal. Méd.Psych. Av. 1961, 119,N°4,
p.625 - 686.

- 4- BECHACHE et COMBY Réflexions sur les troubles mentaux
observés chez les rapatriés d'Algérie
Annal. Méd. Psych. Juin 1963, 121
N° 1 , 108.

- 5- BEDAT M. L'Annexe psychiatrique de la Maison
d'Arrêt de LYON. Thèse N° 65 - LYON
1964.

- 6- BERNERT G. Rôle de l'Institution dans le traite-
ment de l'adolescence inadaptée.
Thèse N° 23. LYON 1967

- 7- BIEDER Les faux Médico-légaux.
Information Psychiatrique 1958-
Tome I p. 221.

- 8- BRIERRE DE BOISMONT De la nécessité de créer un établis-
sement spécial pour les aliénés vaga-
bonds et criminels.
Annal.Méd.Psych.1846 Tome VIII

- 9- BROUSSOLLE P. Rôle de la psychiatrie en criminolo-
gie. Etudes de criminologie clinique
MASSON 1964. 61-68.

- 10-BROUSSOLLE P. "DES expertises psychiatriques"
Inform.Psych.1961, 37,163,180,253,271

- II- COLIN H. Sur le fonctionnement et l'organisation de l'asile des aliénés criminels de GAILLON.
Annal. Méd. Psych. 1894 - Tome II
p. 457.
- I2- COLIN H. Le quartier de sûreté de Villejuif
Annal. Méd. Psych. 1912 tome II
p. 370 et p. 540, 1913. Tome I,
p. 36 et p. 170.
- I3- COLIN M. Examen de personnalité et criminologie (étude clinique et médico-légale). Ier Congrès français de criminologie. LYON OCT. 1960.
MASSON PARIS 2vol.
- I4- COLIN M. L'Equipeement en criminologie
MASSON PARIS 1965. p. 583.
- I5- DAUMEZON G. Notes pour le Médicat. L'Epreuve Médico-légale.
Inform. Psych. 1963, 39, 41, 48.
- I6- DE GREFF E. Introduction à la criminologie.
Ed. de l'Ecrou, LOUVAIN 1937.
- I7- DI TULLIO B. Principes de criminologie clinique.
P U F 1967.
- I8- DUBLINEAU J. L'internement du détenu psychopathe au cours de peine.
Annal. Méd. Légale. Janv. Févr. 1964
44, N° I, 53-56.
- I9- FROMENTY Transformation des prisons désaffectées en services d'aliénés criminels.
Inform. Psych. 1956 p.140 et réponse du Pr BARUK p. 262
- 20 - GALLOT H.M, BUREAU G, SCHAUB S. et BRETON J. Délinquance médico-légale et flagrant délit. Critère d'orientation vers l'infirmierie psychiatrique ou la maison d'arrêt.
Annal. Méd. Légale Jan. Fév. 1964
N° I, 56 - 58.

- 21 - GATINEAUX J.M. "Hôpitaux psychiatriques de Sûreté et malades mentaux difficiles. A propos de l'ouverture récente d'un service spécial pour malades mentaux difficiles à CADILLAC S/GARONNE (Gironde)".
Thèse BORDEAUX 1964.
- 22- GRASSET J. Demi-fous et demi-responsables.
PARIS . Félix ALEAN éditeur 1907.
- 23- GISCARD M.P. Danger du placement des criminels et des délinquants dans les services des Hôpitaux psychiatriques.
Annal. Méd. Psych. 1954. p. 553.
- 24 - HEEM G. Contribution à l'Etude clinique du déséquilibré psychique .
Thèse LILLE 1966.
- 25- HENNE M. L'Etat alcoolique dangereux
PARIS MASSON 1966.
- 26- HESNARD A. Psychologie du crime
PAYOT, PARIS 1963
- 27- HEUYER G. et DUBLINEAU J. Les Missions médico-psychologiques prévues par le nouveau code de procédure pénale.
Annal. Méd. Légale 1960, 40 , 395-421.
- 28 - HEUYER G. Le problème du pronostic en criminologie. Premier congrès Inter. de criminologie p. 9 -201
- 29 - HILLES L. Problèmes dans le traitement à l'Hôpital d'un criminel perturbateur.
BULL-MENNINGER-CLIN 30 141-149
MAI 1966.
- 30 - HOCHMANN J. La relation clinique en milieu pénitentiaire. PARIS MASSON 1964.
- 31- JORDA M. Délinquants aliénés et anormaux mentaux. Editions MONTCHRESTIEN 1966.

- 32 - KAMMERER TH. La relation entre médecin et inculpé dans l'expertise mentale criminelle. Evol. Psych. 1956 , 21, 2, 433-446.
- 33- KAMMERER et Coll. " Les incendiaires. Etude criminologique clinique et psychologique de 72 cas". Annal. Méd. Psych. 125 N° 5 687-716 MAI 1967.
- 34- LAFON J. De quelques problèmes médico-légaux et psychiatriques posés par les déséquilibrés anti-sociaux. Inform. Psych. 1958. Tome I P.158.
- 35- LECONTE De la nécessité de tirer quelques enseignements de l'actualité de la criminalité psychiatrique révélée par la presse. Annal. Médecine légale MAI JUIN 1960.
- 36- LECULIER Des conditions de sortie de l'aliéné et du délinquant criminel. Rapport du congrès de médecine aliéniste 1939.
- 37- LE GUEUT. J. Responsabilité du malade en sortie d'essai. Inform. Psych. OCTOBRE 1963. p. 447
- 38- Mac DIARMID N.B. Le criminel dans l'Hôpital de santé mentale. LANCET 2 1371-1372 28 Déc. 1963.
- 39- MARCHAIS P. Psychiatrie et délinquance p. 119 FOULON PARIS 1952.
- 40- MOHR J.W. Prison ou Hôpital, quelques problèmes au sujet des rapports entre la loi criminelle et la santé mentale. CANAD. PSYCHIAT. ASS. J. 9 101-110 AVRIL 1934.
- 41- MUTRUX J. Le problème des malades mentaux délinquants hospitalisés en clinique psychiatrique. Méd. Hyg. 25, N° 792, 907-908 Sept.67

- 42- PARIENTE M. Les délinquants internés dans les Hôpitaux psychiatriques. Annal. Méd. Psychol. Février 1961 II9, N° 2 249-268.
- 43- PINATEL J. La criminologie SPES, PARIS 1960.
- 44- PLANQUES J. La médecine légale Judiciaire Que Sais-Je? N° 789.
- 45- POROT A. "Impulsivité des Algériens" Thèse ALGER 1928.
- 46- POROT A. et BARDENAT Ch. Anormaux et malades mentaux-256 p. Librairie Maloine PARIS 1963.
- 47- PRIGENT Y, BERNES J. et MARIN Réflexions sur la criminalité alcoolique vue de l'Hôpital psychiatrique à propos de II9 observations. Annal. Méd. Lég. 1962, 42 p.412-420
- 48- RAPPARD P. A propos de l'ouverture de l'Hôpital psychiatrique de sûreté de SARRE-UEMINES. Annal. Méd. Psych. Janv. 1958, II6 N° I, 159.
- 49- RESTEN R. Caractérologie du criminel P U F 1959.
- 50- RISER H. L'expertise Neuro-Psychiatrique devant les juridictions criminelles. Librairie générale de droit et de Jurisprudence . PARIS 1956.
- 51- RIVIERE H. La libération des aliénés délinquants ou criminels internés. Etude pratique des modalités et des conditions de sortie. Thèse PARIS 1942, N° 150, 121 p.
- 52- ROUMAJON (Y) Considérations sur certaines formes de délinquance juvénile et la maladie mentale au début. L'evol. Psych. Janvier-Mars 1966, XXXI, I, p. 51-90.

- 53- SIMON M. Crimes et délits dans la folie.
Librairie J.B. BALLIERE. PARIS 1886.
- 54-STANKIEWICZ B. Observation des prisonniers hospitalisés par l'infirmier psychiatrique.
AMER J. Psychiat. 122 555-559 Nov.65
- 55- THIEBAUT E. Une expérience de criminologie clinique auprès des réléables.
Thèse LYON 1961, 155, 145p.
- 56- VEXLIARD A. Le clochard.
Desclée de Brouwer 1957.
- 57- VIRET G. Quelques réflexions à propos des quartiers de sûreté. Inform. Psych.
1964 p. 193.
- 58- VOULET J. Les prisons
Que sais-je ? N° 493.
- 59- WINSLOW F. Asiles pour les aliénés réputés criminels, près Dendrum dans le Comté de Dublin .
Annal. Méd. Psych. 1852. Tome IV .
p. 472.
- 60- WOODBURY Michael L'Equipe thérapeutique.
Numéro spécial de l'Inform.Psych.
décembre 1966.
- 61- AUTOUR DE L'OEUVRE DE DE GREFF.
Etudes d'aujourd'hui.
I- L'Homme criminel.
II- L'Homme devant l'Humain.
Editions Nauwelaerts 1956.
- 62- NUMERO SPECIAL DE L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE.
Traitement du délinquant et institutions psychiatriques. Novembre 1966.
- 63- ADAPTATION ET AGRESSIVITE publié sous la direction de
Raoul KOURILSKY , André SOULAIRAC
et Pierre GRAPIN.
PUF 1965.

TABLE DES MATIERES

DELINQUANTS INTERNES APRES NON LIEU AU TITRE DE L'ARTICLE 64
DU CODE PENAL

Pages

INTRODUCTION	I
 1er CHAPITRE : ETUDE CLINIQUE ET MEDICO-LEGALE- LES RAISONS DU NON-LIEU.	
I-Etude clinique et médico-légale	
A) Diagnostic psychiatrique	4
B) Etude Médico-légale	7
C) Antécédents-Aperçu Biographique	10
II-Les raisons du Non-lieu	
A) Justification par l'anomalie mentale	17
B) Autres justifications	19
1 ^o -Le problème de la responsa- bilité atténuée.	
2 ^o -L'absence de structures	
3 ^o -La nature des structures existantes	
4 ^o -Les raisons subjectives.	
 2ème CHAPITRE : SIX OBSERVATIONS DE DELINQUANTS INTERNES APRES NON-LIEU	28
 3ème CHAPITRE : LES MALADES DANS LE SERVICE	49
I - Introduction	50
II - Durée de séjour dans le service	52
III - Les malades dans le service	54
1 ^o -Les réactions explosives	55

	<u>Pages</u>
2 ^e - Manifestations régressives chroniques	-64
3 ^e - Malades ne posant pas de problèmes de comportement	65
Tableau récapitulatif	69
 4 ^e me CHAPITRE : SORTIE ET DEVENIR	 71
I - La sortie	
- Ce que prévoit la loi	74
- Modalités de la sortie	75
II - Le devenir	80
 CONCLUSIONS	 88
 BIBLIOGRAPHIE	 90

